

## SUS DERECHOS

**Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Usted tiene el derecho de:**

- **Obtener una copia de su historial médico, ya sea impresa o electrónica**

Puede pedir ver o recibir una copia electrónica o impresa de su historial médico, así como de cualquier otra información que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo. Le brindaremos una copia o un resumen de su información de salud, por lo general dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable en base al costo.

- **Pedirnos que corriamos su historial médico**

Puede pedirnos que corriamos su información de salud si considera que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo. Podemos "negar" su solicitud, pero le indicaremos la razón por escrito dentro de los 60 días.

- **Solicitar comunicación confidencial**

Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de la casa o de la oficina) o que le enviemos un correo electrónico a otra dirección. "Aceptaremos" todas las solicitudes que sean razonables.

- **Pedirnos que limitemos la información que usemos o compartamos**

Puede pedirnos no usar cierta información de salud para tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos "negarnos" si es que esto podría afectar su atención. Si usted realiza gastos de bolsillo por un servicio o atención médica en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con el fin de pago de nuestras operaciones con su proveedor de seguro médico. "Aceptaremos" a menos que la ley nos exija compartir esa información.

- **Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido su información**

Puede pedirnos una lista (recuento) de las veces que hemos compartido su información de salud, hasta seis años antes de la fecha en la que lo solicite, con quién la hemos compartido y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellos sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, así como ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que usted nos pidió hacer) Le brindaremos un recuento al año gratis, pero le cobraremos una tarifa razonable en base al costo si pide otro dentro de los 12 meses.

- **Obtener una copia de este aviso de privacidad**

Puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo en forma electrónica. Le brindaremos una copia impresa de inmediato.

- **Elegir que alguien actúe por usted**

Si le ha dado a alguien poder notarial para tomar decisiones médicas por usted o si otra persona es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nosotros nos aseguraremos de que esa persona tenga esta autoridad y que pueda actuar por usted antes de que nosotros realicemos cualquier acción.

- **Presentar una queja si considera que sus derechos de privacidad han sido violados**

Si tiene una pregunta o desea presentar una queja asociada con su información de su atención médica, por favor comuníquese con nuestro funcionario de privacidad llamando al 334-206-5209, por correo electrónico en [privacyofficer@adph.state.al.us](mailto:privacyofficer@adph.state.al.us) o a la dirección indicada en la parte superior de esta página. Si desea permanecer anónimo, puede dejar un mensaje en el 334-834-7659. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., ubicada en 200 Independence Ave SW, Washington, D.C. 20201, por teléfono al 1-877-696-6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/). No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

*Este aviso describe cómo es que se puede utilizar y divulgar su información médica, y cómo es que puede acceder a esta información. Por favor revíselo detenidamente.*

## SUS OPCIONES

**Para cierta información de salud, usted puede decirnos cuáles son sus opciones sobre lo que compartimos.** Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas más abajo, converse con nosotros. Indíquenos lo que desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

**En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos cómo:**

- Compartir su información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartir información en caso de una situación de alivio por desastre.
- Incluir su información en el directorio de un hospital.
- Podemos comunicarnos con usted para realizar esfuerzos de recaudación de fondos, pero usted puede pedirnos que no lo contactemos nuevamente.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si no está consciente, podemos proceder a compartir su información si consideramos que es en el mejor de sus intereses. También podemos compartir su información cuando debamos aminorar una amenaza grave e inminente contra la salud o la seguridad.

**En estos casos nunca compartimos su información, a menos que nos otorgue permiso por escrito:**

- Con fines de marketing
- Para compartir notas para psicoterapia
- Para vender su información

## Nuestras responsabilidades

*Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.*

- Le informaremos de inmediato si ha ocurrido una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir las obligaciones y prácticas de seguridad descritas en este aviso y brindarle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información, excepto según lo aquí descrito, a menos que nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)

## Cambios a los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a solicitud, en nuestras oficinas y en nuestro sitio web.

1 de agosto de 2021

*Este Aviso de Prácticas de Privacidad aplica a los departamentos de salud del condado. Tanto el Departamento de Salud del Condado de Jefferson como el Departamento de Salud del Condado de Mobile cuentan con su propio Aviso de Prácticas de Privacidad.*

## NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

**¿Cómo usamos o compartimos su información de salud normalmente?** Por lo general, usamos o compartimos su información de salud de las siguientes formas.

**Podemos usar y compartir su información cuando:**

- **Lo tratamos** Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando. Ejemplo: un médico que lo está tratando por una lesión le pregunta a otro médico tratante sobre su condición médica en general.
- **Operamos nuestra organización** Podemos usar y compartir su información de salud para operar nuestra práctica, mejorar nuestra atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Ejemplo: usamos información sobre usted para administrar su tratamiento y sus servicios.
- **Facturamos sus servicios** Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de los planes de salud u otras entidades. Ejemplo: le damos información sobre usted a su plan de seguro médico, de tal forma que nos pague por sus servicios.

**¿De qué otra forma podemos usar o compartir su información de salud?**

Estamos permitidos u obligados a compartir su información de otras formas, normalmente de formas que contribuyamos con el bienestar público, como por temas de salud pública e investigación. Debemos cumplir muchas condiciones de ley antes de que podamos compartir su información con estos fines. Para obtener más información consulte [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

- **Para ayudar con problemas de salud y seguridad pública**

Podemos compartir su información de salud en ciertas situaciones como:

- Para evitar enfermedades
- Para ayudar con el retiro de productos del mercado
- Para reportar reacciones adversas a medicamentos
- Para reportar supuesto abuso, negligencia o violencia doméstica
- Para evitar o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de alguna persona
- Con fines de investigación. Podemos usar o compartir su información para investigaciones médicas.

- **Para cumplir con la ley** Podemos compartir información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo exigen, incluido el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea ver que estamos cumpliendo la ley federal de privacidad.

- **Para responder solicitudes de donación de órganos y tejidos**

Podemos compartir su información de salud con organizaciones de disposición de órganos.

- **Para trabajar con un médico forense o director de una funeraria**

Podemos compartir información de salud con un médico forense o director de una funeraria cuando una persona muere.

- **Manejar solicitudes de compensación de trabajadores, aplicación de la ley y otras solicitudes del gobierno**

Podemos usar o compartir su información de salud:

- Para reclamos de compensación de trabajadores
- Para fines de ejecución de la ley o con un funcionario de las fuerzas del orden
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por ley
- Para funciones especiales del gobierno, como servicios militares, de seguridad nacional y servicios de protección presidencial

- **Responder demandas y acciones legales**

Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden administrativa o del tribunal, así como en respuesta a una citación.