

DEPARTAMENTO DE SALUD DE UTAH  
DIVISIÓN DE MEDICAID Y FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA, REVELADA Y COMO UD. PUEDE OBTENERLA. **POR FAVOR, LÉALA CON CUIDADO. Efectivo 17 febrero 2015.**

El Departamento de Salud, División de Medicaid y Financiamiento de la Salud (Division of Medicaid and Health Financing - DMHF) se compromete a proteger su información médica. La ley requiere que DMHF mantenga la privacidad de su información médica, proveerle de este Aviso de Normas de Privacidad y aceptar los términos de la misma.

**PRÁCTICAS CONFIDENCIALES Y SUS USOS**

DMHF puede usar su información médica para llevar a cabo nuestro trabajo. Ejemplos:

**Tratamiento** - determinar apropiadamente la aprobación o negación de su tratamiento médico. Por ejemplo, los administradores del DMHF pueden revisar el plan de tratamiento de su proveedor de asistencia médica para la necesidad médica si se trata de un cliente de Medicaid o para servicios cubiertos si se trata de un cliente de PCN, CHIP, o de UPP.

**Pagos** - determinar su elegibilidad con Medicaid, PCN, CHIP, o UPP y pagar a su proveedor de asistencia médica. Por ejemplo, su proveedor médico puede enviar los cobros al DMHF por los servicios médicos que Ud. obtuvo.

**Operaciones de Atención Médica** - evaluar el desempeño del plan de salud o su proveedor médico. Por ejemplo, DMHF hace contratos con terceros quienes revisan archivos de hospitales y otras organizaciones para determinar la calidad del cuidado que Ud. recibió.

**Propósitos de Información** - darle buena información tales como planes alternativos de salud, programas de beneficios actuales, exámenes médicos gratis.

**SUS DERECHOS INDIVIDUALES**

Ud. tiene derecho a:

- Solicitar restricciones en como podemos usar y compartir su información médica. Consideraremos toda solicitud de restricciones cuidadosamente pero no estamos sujetos a aceptar ninguna de ellas.
- Solicitar que nosotros usemos un numero de teléfono y dirección específicos para comunicarnos con Ud.
- Revisar y copiar su información médica incluyendo archivos y cuentas médicas. Posibles cobros. Bajo limitadas circunstancias podríamos negarle acceso a una parte de su información médica y Ud. podría solicitar una revisión de esta negación. \*
- Solicitar correcciones o agregar nueva información a su archivo. \*
- Cambiar su participación en el CHIE. Llame el CHIE por teléfono (801).466.7705), fax (801).466.7705), fax (801).466.7169), o a [chie@uhin.org](mailto:chie@uhin.org) para cambiar su estado de participación.
- Solicitar un resumen de cierta información de salud entregada por nosotros. El resumen no incluye información entregada por tratamiento, pagos, gestiones médicas y alguna información requerida por la ley. Su solicitud debe indicar el periodo de tiempo indicado para este resumen el cual no debe exceder los seis años. El primer resumen es gratis pero un cobro se aplicará si más de una petición es hecha durante un periodo de doce meses. \*
- Solicitar copia de este aviso aunque Ud. esté de acuerdo de recibirlo en forma electrónica.

*Todas las solicitudes marcadas con asterisco (\*) deben ser hacerse por escrito.*

Comuníquese con el Oficial de Privacidad de DMHF para obtener ayuda con cualquier pregunta que pueda tener sobre la privacidad de su información de salud.

**COMPARTIENDO SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Existen situaciones limitadas donde se nos permite o requiere revelar información médica sin su firma de autorización. Estas situaciones incluyen actividades necesarias para administrar los programas de Medicaid, PCN, CHIP, y UPP y los siguientes:

- A nuestros socios de negocio que efectúan servicios a favor de nosotros. Requerimos que todos los socios de negocio apropiadamente salvaguardan su información de acuerdo con la ley aplicable;
- Como lo requiere por la ley. El uso y la divulgación será hecho para conformar completamente con las leyes aplicables que gobiernan la divulgación;
- A los investigadores mientras que todos los procedimientos requieren por la ley se han adoptado para proteger la privacidad de los datos;
- Al Departamento de Salud para reportar enfermedades transmisibles, lesiones traumáticas, defectos de nacimiento, como un nacimiento o una muerte;
- Al director de la funeraria o una agencia de la donación de órganos cuando un paciente muere, o a un médico forense cuando sea apropiado para investigar una muerte sospechosa;
- A las autoridades estatales para reportar el abuso infantil o el abuso de ancianos;
- A un organismo de seguridad del Estado para ciertas tipas de lesiones relacionadas con el delito, como lesiones por arma de fuego;
- Al Servicio Secreto o NSA para proteger, por ejemplo, el país o el presidente;
- Al fabricante de los dispositivos médicos, como requerido por la FDA, para controlar la seguridad de un dispositivo médico;
- A los oficiales de al corte o un tribunal administrativo como requerido por la ley, en respuesta a una orden o un a citación válida;
- A las autoridades gubernamentales para prevenir amenazas graves a la salud o la seguridad al público;
- A las agencias gubernamentales y otras partes afectadas para reportar un incumplimiento de la privacidad de la información de salud;
- A un programa de compensación para trabajadores si una persona se lesiona en el trabajo y reclama beneficios bajo ese programa.

Otros usos e informaciones no descritas en este informe requiere su autorización firmada. Por ejemplo, no usaremos su información de salud a menos que Ud. nos autoriza por escrito. Ud. puede revocar su autorización en cualquier momento con una nota por escrito.

- Comparta cualquiera de sus notas de psicoterapia, si existen, con un tercero que no sea parte de su cuidado;
- Proporcione este aviso que describa las formas en que podemos usar y compartir su información de salud;
- Compartir su información de salud con compañías de mercadeo; o
- Vender su información de salud identificable.

### **NUESTRAS RESPONSABILIDADES DE PRIVACIDAD**

DMHF es requerido por ley:

- Mantener la privacidad de su información médica
- Proveer esta información que describe las maneras en que nosotros podemos usar y compartir su información médica
- Notificarse a Ud. si su información de salud se vio afectada por una violación
- Continuar los términos de esta información actualmente en efecto

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento y hacer un nuevo Aviso de Normas de Privacidad de toda la información que tenemos. Avisos actuales serán publicados en las oficinas de DMHF y en nuestra página electrónica, <http://health.utah.gov/hipaa>. También puede solicitar copia de cualquier aviso contactando a su Oficial de Privacidad de DMHF a continuación:

### **PARA CONTACTARNOS**

Si Ud. desea más información respecto a sus derechos de privacidad, o piensa que sus derechos de privacidad fueron violados, o no está de acuerdo con una decisión que nosotros tomamos para obtener su información médica, clientes del Medicaid, PCN, CHIP, y UPP deben contactar al Oficial de Privacidad de DMHF, 801-538-9925; 288 North 1460 West, 3rd floor, PO Box 143101, Salt Lake City, Utah, 84114-3101.

Investigaremos todos los reclamos y no tomaremos en su contra por dichos reclamos.

Ud también puede enviar un reclamo por escrito a la Oficina de los Derechos Civiles a la dirección siguiente:  
Office of Civil Rights, 200 Independence Ave, S. W. Room 509F HHH Bldg., Washington, DC 20201