

**Departamento de Salud de Columbus**  
**Notificación sobre Confidencialidad en la Práctica Médica**  
**Efectiva desde el 14 abril 2003**

Esta notificación describe como el Departamento de Salud de Columbus podría emplear su información médica y/o revelarla a otras agencias. También le indica como usted puede tener acceso completo a su información médica de parte del Departamento de Salud de Columbus. Lea esta notificación cuidadosamente. Si tiene dudas por favor pregúntenos.

**1. El Departamento de Salud de Columbus protegerá la información sobre su salud:**

La Información Protegida sobre su Salud incluye información sobre:

- Su salud pasada, presente o futura o sus enfermedades
- Cuidados de salud que recibe
- Forma de pago por los cuidados de su salud

La ley dice que nosotros debemos:

- (a) proteger esta información para asegurar que se mantenga privada
- (b) obedecer a la confidencialidad de la práctica médica descrita en esta notificación
- (c) compartir sólo la menor cantidad de información que sea necesaria

Nos reservamos el derecho de revisar nuestra confidencialidad en la práctica médica y esta notificación en cualquier momento. Si lo hacemos, pondremos una nueva notificación en la oficina del Comisario de Salud. Podrá pedirnos una copia de la nueva notificación o podrá obtenerla en nuestra website [www.cmhhealth.org](http://www.cmhhealth.org)

**2. Cómo podríamos utilizar la Información Protegida sobre su Salud:**

La ley dice que el Departamento de Salud de Columbus puede utilizar la Información Protegida sobre su Salud por estas razones:

- Para el uso de doctores, enfermeras y otros proveedores de servicios de salud quienes necesitan tratarlo en el Departamento de Salud de Columbus o en otros sitios
- Para facturar y recibir el pago por el tratamiento que le dimos. Por ejemplo, puede que le demos información a Medicaid o Medicare, al Departamento de Salud de Ohio u otro asegurador para que se nos pague
- Para funcionar dentro de nuestros programas. Por ejemplo, para revisar la calidad de servicios que le brindamos
- Para recordarle de sus citas y para darle información acerca de beneficios y servicios relacionados con la salud, la cual incluye el envío de información a su casa. Usted puede indicarnos si no desea recibir esta información.

**3. Podemos compartir la Información Protegida sobre su Salud, con su autorización, cuando:**

- Usted firma una autorización válida; *podrá cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento.*

**Departamento de Salud de Columbus**  
**Notificación sobre Confidencialidad en la Práctica Médica**  
**Efectiva desde el 14 abril 2003**

**4. Podemos compartir la Información Protegida sobre su Salud, sin su autorización, cuando:**

- Pueda que haya abuso, descuido, violencia doméstica o actividad criminal
- Haya una orden de la corte
- Necesitemos revisar sus expedientes para asegurarnos que estamos actuando conforme la ley
- Necesitemos reunir información acerca de la enfermedad o lesión; o reportar nacimientos y muertes a otros proveedores de cuidados de la salud
- Necesitemos dar la información a una agencia que reporta o busca enfermedades o lesiones que son inusuales
- Necesitemos compartir su información con los jueces de guardia y directores de funerarias en el caso de su muerte y con las agencias de donadores de órganos, tejidos y sangre
- Necesitemos compartir su información con las autoridades de seguridad, prisiones o el ejército, etc. si existe una amenaza a la salud y a la seguridad

**5. Usted puede rehusarse a compartir la Información Protegida sobre su Salud:**

Si usted no desea que otras personas tengan la Información Protegida sobre su Salud deberá manifestarlo por escrito. Esto podría limitar la capacidad de otros proveedores de cuidados de la salud para darle tratamiento. Si está muy enfermo puede que no sea capaz de decidir “no”. En donde sea posible, se le deberá de dar la oportunidad de decir “no” por escrito.

**6. Usted tiene otros derechos. Usted puede:**

- **Pedir que limitemos el uso de la Información Protegida sobre su Salud.** No tenemos que estar de acuerdo con esos límites. Si estamos de acuerdo lo haremos por escrito y obedeceremos a su petición salvo que haya una emergencia o si las autoridades de seguridad, la corte o el gobierno piden la información. No estaremos de acuerdo con su petición si está en contra de la ley. Podrá cancelar verbalmente, con nosotros, estos límites.
- **Decirnos cómo y donde contactarlo.** Haremos lo mejor que podamos para seguir sus instrucciones.
- **Pedir una revisión de la Información Protegida sobre su Salud.** Puede pedírnosla por escrito. Le responderemos en 30 días o menos. Si le decimos que usted no puede pedir una revisión de la Información Protegida sobre su Salud, le daremos la razón por escrito. Usted podrá pedirnos su revisión otra vez. Usted tiene el derecho de revisar su información por tanto tiempo como esta se mantenga.
- **Pedir copias de la Información Protegida sobre su salud.** Podría tener un costo para usted. Deberá indicarnos por escrito que es lo que desea que sea copiado. Nosotros le diremos cuanto costará antes de hacer las copias. No costará mas de
  - \$2.83 por página, por las primeras 10 páginas;
  - 59 centavos por página, por las páginas 11 a la 50;
  - 24 centavos por página, por las páginas 51 en adelante

- **Pedirnos por escrito que corriamos o agreguemos a la Información Protegida sobre su Salud si usted cree que hay algo equivocado con su información o que algo hace falta.** Le responderemos dentro de los siguientes 60 días después de recibir su carta. Podríamos decir “no” si pensamos que la Información Protegida sobre su Salud:
  - a) está exacta y completa
  - b) es de parte de otra agencia y no del Departamento de Salud de Columbus
  - c) no está en un grupo de fichas designadas
  - d) no está sujeta a su revisión

Nosotros le diremos por qué no puede cambiar su Información Protegida sobre su Salud. También le diremos como hacer para pedir una revisión nuevamente. Si estamos de acuerdo con que la Información Protegida sobre su Salud está equivocada la cambiaremos. Le informaremos a usted y a los demás quienes necesiten saber acerca de dichos cambios.

- **Pedirnos por escrito una descripción sobre la información que hemos compartido con otros.** Le diremos:
  - a) con quien la compartimos
  - b) lo que compartimos
  - c) cuando la compartimos y
  - d) por qué la compartimos

Le dejaremos saber esta información por escrito (en forma impresa o electrónica) en un margen de 60 días de recibir su solicitud. No hay costo por una solicitud anual. Le daremos información hasta por un período de seis años el cual empezó después del 13 de abril del 2003.

**7. Usted podrá presentar una queja:**

Si piensa que hemos cometido un error al proteger su información puede reportarlo escribiéndonos o escribiendo al Departamento de Salud y Recursos Humanos de los U.S., al HHS Privacy Advocate John Fanning, HHH Bldg., Room 440-D, Washington, D.C. 20201.

**8. Persona a quien puede contactar en el Departamento de Salud de Columbus:**

Si tiene preguntas acerca de esta Notificación de Confidencialidad o tiene cualquier queja acerca de nuestra confidencialidad en la práctica médica por favor contacte al Comisionado de Salud, Departamento de Salud de Columbus, 240 Parsons Avenue, Columbus, OH 43215.

