

# **AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL DEPARTAMENTO ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PODRÍA USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE USTED ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. LEA ESTE AVISO ATENTAMENTE.**

Cada vez que usted recibe un tratamiento o beneficios de cualquier centro o programa del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS), nosotros recibimos, creamos y guardamos información sobre su salud, tratamiento y pago de servicios. Nunca usaremos o divulgaremos su información sin su autorización (permiso) por escrito salvo en los casos que se describen en este aviso.

## **CÓMO PODRÍAMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Podríamos usar y divulgar su información médica sin su autorización con fines relacionados con el tratamiento, el pago y las operaciones de la atención médica. Entre otros ejemplos se incluyen:

- Usar o compartir su información médica con otros proveedores de salud que intervengan en su tratamiento o con la farmacia responsable de proporcionarle sus medicamentos con receta.
- Usar o compartir su información médica con su plan médico para obtener el pago correspondiente a los servicios o para determinar si califica para recibir beneficios gubernamentales en el marco de un plan médico.
- Usar o compartir su información médica para llevar a cabo nuestra actividad, evaluar el desempeño de los proveedores, educar a los profesionales de salud o desempeñar nuestras labores administrativas generales.

Podríamos compartir su información médica con nuestros socios comerciales, que necesitan esta información para prestar los servicios en nuestro nombre y se comprometen a proteger la privacidad y seguridad de su información médica siguiendo las normas del Departamento.

Podríamos usar o divulgar su información médica sin su autorización y de conformidad con la ley para incluirla en nuestro directorio de pacientes o para compartirla con los familiares o amigos responsables de su cuidado o con una agencia de asistencia en caso de desastre, con el fin de informar a sus familiares o amigos de su ubicación y estado en una situación de emergencia.

Podríamos usar y divulgar su información médica sin su autorización para ponernos en contacto con usted para las siguientes actividades, de conformidad con la ley y las normas de la agencia: enviarle recordatorios de sus citas; describir o recomendar tratamientos alternativos; informarle acerca de los beneficios y servicios médicos que puedan ser de su interés; recaudar fondos.

Además, podríamos usar y divulgar su información médica sin su autorización para los siguientes fines:

- Para actividades de salud pública tales como informar sobre enfermedades, lesiones, nacimientos o fallecimientos a las autoridades sanitarias públicas aprobadas para recibir este tipo de información, o para informar a la FDA sobre problemas relacionados con dispositivos médicos;
- Para cumplir con las leyes sobre indemnización laboral y programas similares;
- Para alertar a las autoridades competentes sobre víctimas de abuso, maltrato, descuido o violencia doméstica; si la agencia tiene motivos razonables para creer que usted es una víctima de abuso, maltrato, descuido o violencia doméstica, haremos todo lo posible por obtener su permiso, si bien en algunos casos podríamos vernos obligados a informar a las autoridades o recibir autorización para ello;
- Para actividades de vigilancia de la salud como auditorías, investigaciones e inspecciones de los centros del DSHS;
- Para llevar a cabo investigaciones aprobadas por una Junta de Revisión Institucional o junta de privacidad; para prepararse para trabajos de investigación (por ejemplo, redactar una propuesta de investigación); o para la investigación sobre información de personas fallecidas;
- para crear o compartir información médica que no contenga ningún dato identificativo o solo algunos datos identificativos (conjuntos de datos limitados);
- Para procedimientos judiciales y administrativos como las respuestas a una citación o a otra orden judicial;

## **AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL DEPARTAMENTO ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD**

- Para colaborar con los agentes de la ley en la identificación o localización de un sospechoso o una persona desaparecida;
- Para colaborar con forenses, examinadores médicos o directores de funerarias en el desempeño de sus obligaciones laborales;
- Para colaborar con las organizaciones que gestionan la donación, la obtención o el trasplante de órganos, ojos o tejidos;
- Para prevenir graves amenazas a la salud o la seguridad públicas;
- Para funciones especializadas del gobierno tales como actividades de militares y veteranos, seguridad nacional e inteligencia, y otras situaciones de detención policial;
- Para divulgaciones accidentales, como cuando se escucha información en una sala de espera a pesar de haberse hecho todo lo posible para proteger su confidencialidad; y
- tal y como requiera o autorice la ley local, estatal o federal.

Las protecciones de privacidad adicionales bajo la ley estatal o federal se aplican a la información sobre el abuso de sustancias, información de salud mental, cierta información relacionada con enfermedades o información genética. No usaremos ni compartiremos este tipo de información a menos que la ley lo autorice de manera expresa. No usaremos ni divulgaremos información genética para aseguradoras.

Siempre le pediremos permiso para usar o compartir su información con fines de marketing, para usar o compartir las notas de sus sesiones de psicoterapia, cuando haya pagos por parte de un tercero, o con cualquier otro fin no descrito en este aviso ni requerido por la ley. Tiene el derecho a cancelar su autorización, salvo en aquellos casos en que ya hayamos actuado con base en ella. Puede cancelar su autorización enviando su petición por escrito al funcionario responsable de la privacidad según se indica a continuación.

### **SU DERECHO A LA PRIVACIDAD**

Aunque su expediente médico es propiedad del DSHS, usted tiene derecho a:

- Inspeccionar y copiar su información médica, incluidos sus informes de laboratorio, previa petición por escrito y con algunas excepciones. Podríamos cobrarle una tarifa razonable y con base en el costo por proporcionarle estos documentos según lo dispuesto en la ley.
- Recibir comunicaciones confidenciales sobre su información médica (por ejemplo, pedir que nos pongamos en contacto con usted en cierta dirección o número de teléfono). Podríamos pedirle que presente su petición por escrito con una declaración o explicación del motivo de su solicitud.
- Solicitar la enmienda de la información médica sobre usted que consta en nuestros archivos. Todas las solicitudes para enmendar la información médica deben realizarse por escrito e incluir el motivo de la solicitud.
- Solicitar un recuento (una lista) de ciertas divulgaciones de su información médica que podríamos hacer sin su autorización. Tiene derecho a recibir una lista gratis en cualquier periodo de doce meses.
- Solicitar que limitemos la forma en que usemos y divulguemos su información médica para tratamientos, pagos y actividades médicas, o a sus familiares y amigos. No estamos obligados a aceptar su petición, excepto cuando nos pida que no compartamos información con su plan médico sobre los servicios que usted haya pagado íntegramente con su propio dinero.
- Obtener una copia en papel de este aviso previa petición.

Puede presentar por escrito cualquiera de las peticiones señaladas anteriormente al funcionario del DSHS responsable de privacidad o a la oficina de privacidad de su proveedor del DSHS. Puede comunicarse con el DSHS llamando al (512) 776-7111 o al (888) 963-7111, o enviando un correo electrónico a [hipaa.privacy@dshs.texas.gov](mailto:hipaa.privacy@dshs.texas.gov). Para pedir los resultados de las pruebas de laboratorio realizadas por el laboratorio del DSHS, llame al (512) 776-7318 o visite <http://www.dshs.state.tx.us/lab/patientresults.aspx>.

### **NUESTRAS OBLIGACIONES**

Estamos obligados a notificarle nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad en lo que respecta a su información médica. Debemos proteger la privacidad de cualquier información que le identifique a usted y

## **AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL DEPARTAMENTO ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD**

avisarle en caso de que su información médica se use o divulgue de manera que ponga en riesgo la privacidad de dicha información.

Estamos obligados a cumplir los términos de este aviso. Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de este aviso y a hacer que el aviso revisado sea válido para toda la información médica que obra en nuestro poder. Publicaremos todos los avisos revisados en nuestro sitio web público en [www.dshs.texas.gov](http://www.dshs.texas.gov) y en las salas de espera. Puede solicitar una copia del aviso revisado en su próxima visita.

### **QUEJAS**

Si cree que se ha vulnerado su derecho a la privacidad, puede presentar una queja de la siguiente manera: Por correo postal a **DSHS Consumer Services and Rights Protection/Ombudsman Office**, Mail Code 2019, P.O. Box 149347 Austin, TX 78714-9347; o por teléfono al (512) 206-5760 o al (800) 252-8154 (número gratuito); y por correo postal a **Office for Civil Rights, Region VI, U.S. Department of Health and Human Services**, 1301 Young St., Suite 1169, Dallas, Texas 75202; o por teléfono al (800) 368-1019, (214) 767-0432 (fax), o al (800) 537-7697 (TDD).

Para presentar una queja relacionada con la violación de su derecho a la privacidad por parte de un programa de tratamiento por abuso de alcohol o drogas, comuníquese con la Oficina del Fiscal de los Estados Unidos del distrito judicial en el que ocurrió la violación.

No tomaremos ninguna represalia contra usted por presentar una queja.