

CASS COUNTY HEALTH DEPARTMENT
AVISO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Efectivo: 04/14/03; Revisado: 09/01/13; 11/01/2018

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA, COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A LA INFORMACION. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.

NUESTRO DEBER LEGAL

Reservamos el derecho de cambiar nuestra práctica de privacidad y el término de este aviso en cualquier tiempo, tales cambios son permitidos por la ley aplicada. El nuevo término del Aviso hace efecto a toda información de salud que hemos creado o mantenido, incluyendo la información de salud que hemos creado y que hemos recibido antes de haber hecho cambios. Antes de hacer un cambio insignificante en nuestras Prácticas de Privacidad, cambiaríamos este Aviso y hiciéramos un nuevo Aviso disponible a su petición. El Aviso revisado será publicado y disponible en cada lugar donde proveemos servicios médicos y en nuestro sitio web.

La ley requiere que protejamos la PRIVACIDAD DE SU INFORMACION MEDICA (PHI) y también en darle un Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respeto del PHI. El PHI contiene información que identificara su condición de salud física y mental, también los servicios del cuidado de salud en el pasado, el presente, y el futuro.

Este Aviso también explica los derechos de privacidad en su información de salud. Las prácticas de privacidad en este Aviso serán seguidos por nuestros trabajadores (empleados, voluntarios, y contratistas). Sin su autorización escrita su PHI no puede ser revelada ni usada, excepto como se describe en esta notificación.

USO Y REVELACION DE INFORMACION MÉDICA

Usamos y revelamos su información de salud para tratamientos, pagos, y las operaciones del cuidado de salud.

Tratamiento- para que usted obtenga el cuidado médico. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con otros doctores o con farmacias para que ellos puedan dar el cuidado médico y medicina correcta. También podemos proveer un recordatorio escrito o una llamada para llenar sus medicamentos, para decirles de las opciones de tratamientos y otros servicios relacionados con su salud. No vamos a revelar el PHI sin autorización para el propósito de mercadeo.

Pagos- para determinar la cobertura del plan, colección/ facturación, y para asistir a otro proveedor de salud con las actividades de pago y para recuperar pagos de la seguridad médica.

Operando el Cuidado de su Salud- para realizar nuestros deberes. Por ejemplo, podemos usar y compartir su información médica para acceso a la calidad de cuidado, para conducir entrenamiento o para manejar su cuidado. También podemos revelar su PHI para una agencia de supervisión en el curso de auditorías, quejas de la investigación e inspección necesaria para nuestra licencia, para satisfacer las actividades monetarias del gobierno y los cumplimientos de la norma. Para apoyar la búsqueda mientras la privacidad y la seguridad del PHI está asegurado; Para apoyar la agencia del gobierno supervisar los programas de cuidado a la salud. Por ejemplo, podemos revelar su PHI a la Administración de comida y droga (FDA) para permitir las investigaciones, droga/ productos retirados o reemplazados;

Información confidencial: la ley de Illinois, con algunas excepciones, puede requerir que obtengamos su permiso por escrito o, en algunos casos, una orden judicial para divulgar información confidencial. La información médica confidencial incluye aquello que puede tratar con pruebas genéticas, VIH / SIDA, salud mental, abuso de alcohol y sustancias y asalto sexual.

Intercambio de información de salud: CCHD comparte sus registros de salud de manera electrónica o de otro tipo con intercambios de información de salud ("HIE") designados por el estado que intercambian registros de salud con otros HIE. CCHD también utiliza tecnología de intercambio de datos (como servicios de mensajería directa, HIPS y portales de proveedores) con su Registro de salud electrónico ("EHR") para compartir sus registros de salud para la continuidad de la atención y el tratamiento. Los registros de salud compartidos incluirán, si corresponde, diagnósticos confidenciales como VIH / SIDA, enfermedades de transmisión sexual, información genética y abuso de sustancias de salud mental, etc. , transmitirán, mantendrán y almacenarán su PHI para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. La ley estatal puede otorgarle derechos para restringir, optar por ingresar o rechazar HIE (s). Para obtener más información, comuníquese con el funcionario de privacidad de CCHD al 217-452-3057.

Su Autorización: en adición al uso del tratamientos de su información de salud, la operación de sus pagos y de su cuidado de salud, usted no puede dar una autorización escrita para usar su información de salud o para revelar a quien sea por cualquier propósito. Si usted nos da una autorización, usted también puede revocarla escrita en cualquier tiempo deseado. Su revocación no va afectar cualquier uso o revelación permitida por su autorización cuando estaba en efecto. Solo si usted nos da una autorización escrita, nosotros no podemos usar ni revelar su información de salud por cualquier razón exceptos por los que están escritos en el Aviso.

Familia/ Amigos/ Personas Involucradas en el Cuidado: Nosotros tenemos que revelarle su información, como está escrito en la sección de los derechos del paciente en el Aviso. También podemos revelar la información de salud a su familia, amigos, y a otras personas al extremo necesarios para ayudar con el cuidado de su salud, con los pagos de su salud pero solo si usted está de acuerdo. Podemos revelar y usar la información de su salud para notificar y para asistir en la notificación de la familia (incluyendo identificación y localización), su representante personal, y otra persona que sea responsable por su cuidado, de su localización, su condición general o su muerte. Si usted está presente, entonces antes de revelar y usar su información médica, le proveeremos una oportunidad para obtenerse a tales usos y revelaciones. En el caso de su incapacidad o circunstancias de emergencia, tendremos que revelar su información de salud basado en la determinación de nuestro juicio profesional, revelando solamente la información de salud que es directamente revelada a las personas involucradas con el cuidado de su salud, la persona que usted a escogido para ser representante o a alguien que su corte escoja para ayudarle a obtener su beneficio de salud. También usaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de su mejor interés en permitir a una persona recoger sus prescripciones, suministros médicos y otras formas similares de información médica.

Requerido por la Ley: Podemos utilizar y revelar su información de salud cuando estamos obligados a hacerlo por ley para cumplir los procedimientos legales, o para responder a la corte valida o a los propósitos administrativos de la Salud Publica, orden o citación para prevenir o controlar las enfermedades. Podemos revelar su PHI como está autorizado o necesario para cumplir con las leyes de compensación del trabajador y otros programas similares.

Abuso y Negligencia: podemos compartir la información de su salud (etc. Autoridades del gobierno como los Policías, servicios sociales) para proteger la salud y seguridad de alguien (etc. Abuso de víctimas, Violencia domesticas) y/o para protegerlo a usted de graves riesgos a su salud y a su seguridad, o a la salud y seguridad de otros;

Seguridad Nacional: podemos revelar a las autoridades militares la información de su salud a la Fuerzas Armadas a un personal bajo unas circunstancias. Podemos revelar con autorización a los oficiales federal la información de salud requerida por la inteligencia de la ley, contrarrestar inteligencia, y a otras actividades de seguridad nacional. También revelaremos su información a un instituto de corrección o a los oficiales de la ley que tienen una custodia de la protección de la información de salud de un prisionero o un paciente bajo ciertas circunstancias.

Recordatorio de las Citas: se puede usar o revelar su información de salud para proveerle un recordatorio de su cita (como un mensaje de correo de voz, tarjeta de correo, Cartas de correo).

Recaudación de fondos: Se puede usar y revelar la información de su salud para contactarse con usted para la recaudación de los fondos para Cass County Health Department. Si usted no desea que el Cass County Health Department o su fundación que tenga contacto con usted por el recaudación de fondos, usted tienen que notificar a el Oficial de Privacidad en una carta escrita.

Médicos Forenses/ Examinadores Médicos/ Director del Funerario/ Donación de Órganos: Se puede revelar la información de su salud a un médico forense o a un examinador medico por el propósito como la identificación de una persona muerta y para determinar la causa de la muerte; a los directores del funerario como sea necesario para que ellos puedan hacer sus deberes; para la organización de la obtención de los órganos el propósito es la donación de los tejidos o trasplantes.

Asociados del Negocio: Hay unos servicios proveídos a nosotros por el contacto con los Asociados del Negocio, por ejemplo las fracturaciones, la programación o otros servicios. Cuando estos servicios requieren acceso a su PHI nosotros revelaremos solo una información mínima que sea necesaria, para que los puedan hacer los deberes de su trabajo. Para proteger su PHI nosotros le requerimos a los asociados del negocio para una guardia de protección apropiada en su PHI.

Vamos a obtener su autorización escrita antes de usar o revelar su PHI para el propósito además de las que están escritas en el Aviso como sea permitido por la ley ej. Mercadeo. Usted será capaz de revocar su autorización en cualquier tiempo.

LOS DERECHOS DEL PACIENTE: como un paciente usted tiene el derecho de:

Recibir el Aviso de la póliza de Privacidad (el Aviso) que le dice como su información puede ser usada o compartida. En muchos casos, el Aviso tiene que estar disponible para que usted en su primera cita, usted puede pedir una copia del Aviso en cualquier tiempo.

Inspeccione y obtenga una copia del registro de su salud. Usted puede pedir a ver y/o obtener una copia de la protección de su información de salud (PHI) incluyendo la forma electrónica. Usted puede ser cobrado una cuota por el costo de las copias y del correo necesario para solicitar su deseo. Podemos negar su deseo de inspeccionar y obtener una copia de su PHI en unas circunstancias limitadas. Por ejemplo, si su doctor decide algo en su caso que pueda ser peligroso a usted o a alguien más, el Doctor le dejaría obtener esta información. Usted tiene el derecho de apelar la negación.

Solicite un reporte en como nosotros revelamos su información de salud. Bajo la ley, la información de su salud puede ser usada o compartida para razones particulares, como saber si estamos dando un buen servicio, reportar cuando la gripa está en su área, o para hacer reportes requeridos a la policía, como reportando heridas de balazos. Usted puede pedir una lista de todas las revelaciones no autorizadas y con quien ha sido revelada su información de salud en los últimos seis años. Si usted solicita esta cuanta más de una vez en un periodo de 12-meses, le podemos cobrar razonablemente, una cuota basado en el costo por responder a su solicitud adicional.

Solicite una restricción en algún uso o revelación de su PHI. Usted puede solicitar restricciones adicionales e el uso y revelación de su PHI. Sin embargo, no somos requeridos a estar de acuerdo con su solicitud para restricciones adicionales.

Autorizando la revelación de su PHI. En general, su información de salud no será entregada a su empleador, usado o compartido a las llamadas de ventas o mercadeo, o usado y compartido para otros propósitos más a menos que usted nos dé permiso por su firma en la forma de autorización.

Solicite para ser contactado a una dirección diferente o en una manera diferente a la manera que ha sido contactado. Usted tiene el derecho de pedir que sea contactado de su PHI en una dirección diferente o en una manera diferente que ha sido contactado. Por ejemplo, usted puede solicitar que la enfermera le llame a su oficina envés de llamarle a su casa. Estas solicitudes son hechas cuando una persona siente que su salud o su seguridad están en peligro si su PHI es enviada a la dirección de su casa. Nosotros haremos lo mejor de acomodar todas las solicitudes razonables. Usted tendrá que especificar lo que significa o la ubicación, y provea una explicación satisfactoria como los pagos serán hechos bajo especificación del significado y la ubicación que ha solicitado.

Corrija la información de su salud. Usted puede solicitar que corrijan cualquier información incorrecta o incompleta en el PHI que mantengamos de usted. Por ejemplo, si nosotros dos nos ponemos de acurdo que su expediente a tenido un resultado, y nosotros corregiremos la información. En unos casos, podemos negar su solicitud a su corrección. Si negamos su solicitud a la corrección usted tiene el derecho a estar en desacuerdo con nuestra decisión.

Solicites una restricción en la revelación de PHI a su plan de salud con respeto al cuidado de salud por lo cual ha estado pagando de su bolsillo en completo. Usted tiene que hacer esta solicitud antes que sus servicios sean proveídos y a usted se le puede pedir que pague por completo por los servicios en el tiempo.

Pregunte por información adicional o presentar su queja. Si usted cree que la información de su salud fue usada y compartida en una forma en una manera que no sea permitida bajo la ley de privacidad, o si no fue capaz de ejercer sus derechos, usted puede presentar una queja con nosotros o con el gobierno de los Estados Unidos. Este aviso te explica con quién tienes que hablar y como tienes que presentar una queja.

Usted tiene el derecho de notificar los datos de las infracciones de su inseguro PHI.

Para más información o para reportar un problema

Si tiene preguntas y quisiera obtener información adicional de nuestras Prácticas de Privacidad, por favor contacte al Oficial de Privacidad a la dirección 331 South Main Street en Virginia, Illinois. Teléfono: 217-452-3057. Si usted siente que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja con nuestro Oficial de Privacidad o con la Oficina de Los Derechos Civiles, el Departamento de Salud y los Servicios Humanos de los Estados Unidos. Usted no será retado en contra por presentar su queja.

Pedimos que ejerza sus derechos en escrito. Ofrecemos una forma y plantillas para ayudarle ejercer sus derechos de privacidad y para ayudarnos a proteger la información de su salud. Nuestro personal en recepción le darán las formas cuando usted la solicite.