

Aviso de políticas de privacidad

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN
MÉDICA SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR Y CÓMO
USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN**

Por favor, lea cuidadosamente

Fecha de entrada en vigor: 17 de marzo de 2021

Las funciones del Departamento del Adulto Mayor del Estado de Florida

Este aviso concierne a la información en su archivo personal sobre los registros que tenemos sobre su salud, su atención médica, estado de salud y el servicio que recibe del Departamento. Asimismo, describe las políticas de privacidad de información que acatan nuestros empleados, voluntarios, personal y otro personal administrativo, e informa sobre las maneras en que podemos utilizar y dar a conocer su información médica. Este aviso también describe sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de su información. La ley nos exige notificarle sobre nuestras políticas de privacidad y obligaciones legales respecto a su información médica. También se nos exige mantener en privado su información médica confidencial a nuestro cargo y a seguir los términos de este aviso. Si existe alguna infracción que comprometa su información médica confidencial, le notificaremos a más tardar 60 días después de haberse detectado dicha infracción. El Departamento está obligado a cumplir con los términos del aviso de políticas de privacidad que se encuentran actualmente vigente.

Usos y divulgación de su información médica confidencial

Podemos utilizar o divulgar su información médica confidencial para los siguientes propósitos:

- * **Tratamiento.** Para proporcionarle tratamiento o servicios médicos y para gestionar y coordinar su atención médica. Por ejemplo, su información médica confidencial puede ser divulgada a un colaborador comercial del Departamento para determinar si cumple con los requisitos médicos para los servicios de atención a largo plazo de *Medicaid*.
- * **Pago.** Para facturar y cobrar el pago de sus servicios de atención médica. Podemos divulgar o utilizar su información médica confidencial para obtener o justificar el pago de sus servicios de atención médica de varias fuentes de pago, entre ellos a programas de financiamiento federal y estatal, tales como *Medicaid*.
- * **Operatividad de la atención médica.** Con el fin de evaluar el desempeño de nuestro personal que le proporciona cuidados y para ayudarnos a decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, y cómo podemos ser más eficientes o si algunos de los nuevos tratamientos son efectivos.

También podemos utilizar su información médica confidencial para contactarlo y recordarle que tiene una cita programada para algún tratamiento o atención médica, informarle de posibles alternativas u opciones de tratamiento o para informarle de ciertos beneficios relacionados con la salud que a usted le pueda interesar.

No podemos utilizar o divulgar su información sin su autorización en las siguientes circunstancias:

- * **Apuntes de psicoterapia.** Cualquier uso o divulgación de los apuntes de psicoterapia a menos que estos se utilicen para el tratamiento, pago u operatividad de la atención médica, entre ellos a programas de formación en salud mental, supervisión del cumplimiento de las normas, para fines de investigación o como parte de una defensa legal.
- * **Marketing.** Cualquier uso o divulgación con fines publicitarios, excepto para comunicaciones directas o regalos de promoción a la persona.
- * **Venta de información.** Cualquier tipo de venta de información médica confidencial a un tercero. No podemos intercambiar su información médica confidencial a un tercero por dinero a menos que usted lo autorice.

Existen situaciones especiales en las cuales nos permiten utilizar o divulgar su información médica confidencial sin su permiso. Estas situaciones son las siguientes:

- * **Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad.** Con el fin de prevenir una grave amenaza a su salud y a su seguridad, el público u otra persona. Podemos divulgar información a un miembro de la familia o a un amigo cercano en caso necesario con el propósito de ayudarlo durante una emergencia que ponga en peligro su vida.
- * **Requerimiento de la ley.** Cuando lo requiera la ley federal, estatal o local debemos divulgar o utilizar su información en la medida necesaria.
- * **Investigación.** Para proyectos de investigación que beneficien a los adultos mayores en Florida. El Departamento puede divulgar su información para proyectos de investigación que hayan sido aprobados por una junta de evaluación o de privacidad institucional, la cual haya analizado la propuesta de investigación para evaluar el efecto de la investigación en sus derechos de privacidad e intereses relacionados.

* **Donación de órganos y tejidos.** Podemos divulgar información a organizaciones que gestionan la adquisición o trasplante, tales como bancos de donación de órganos según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

* **Militares actuales o anteriores, veteranos, miembros de seguridad nacional e inteligencia.** Cuando sea requerido por el comando militar u otras autoridades gubernamentales. También podemos divulgar información sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

* **Compensación para trabajadores.** Según lo autorizado y en la medida necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación para trabajadores o programas similares. Tales programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades ocupacionales.

* **Riesgos para la salud pública.** Para la salud pública u otras autoridades encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. También podemos divulgar su información para reportar nacimientos, muertes, sospecha de abuso o negligencia, lesiones físicas no accidentales, reacciones a medicamentos o problemas con productos regulados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés).

* **Actividades de supervisión de la salud.** Para auditorías, investigaciones, inspecciones, otorgamiento de licencias u otras actividades necesarias para la supervisión adecuada, según lo autorice la ley. Estas divulgaciones pueden ser necesarias para ciertas agencias estatales y federales con el fin de monitorear el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y para cumplir con las leyes de los derechos civiles.

* **Demandas y conflictos.** En respuesta a una orden judicial o administrativa. Sujeto a todos los requisitos legales correspondientes, también podemos divulgar su información médica confidencial en respuesta a una citación. También podemos usar o divulgar su información para defendernos en caso de una demanda o procedimiento administrativo.

* **Cumplimiento de la ley.** Para hacer cumplir la ley, si así lo requiere un agente policial en respuesta a una orden judicial, citación, orden de comparecencia o procesos similares sujetos a todos los requisitos legales aplicables.

* **Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias.** Para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. Podemos divulgar su información para informar eventos cruciales, tales como la muerte, según lo permita o exija la ley.

* **Voluntarios.** A voluntarios que realizan trabajo para el Departamento, incluyendo entre otros a voluntarios de programas como SHINE (Atención a las Necesidades de Seguro Médico para Adultos Mayores), Sunshine para Adultos Mayores y Ombudsman para el cuidado a largo plazo estatal.

* **Información sin identificación personal.** Podemos divulgar información de salud que no lo identifique personalmente o revele quién es usted.

* **Actividades de recaudación de fondos.** Para ponerse en contacto con usted para actividades de recaudación de fondos. Usted puede optar por no recibir notificaciones de recaudación de fondos contactando al oficial de privacidad en la Oficina del Asesor Jurídico General.

Otros usos y divulgaciones

No utilizaremos ni divulgaremos su información de salud confidencial por ningún motivo que no se haya abordado en este aviso sin su autorización especificada por escrito. Si nos brinda una autorización, usted puede anularla en cualquier momento por escrito. Si anula dicha autorización, ya no utilizaremos ni divulgaremos su información por los motivos contenidos en la misma. Sin embargo, no podemos retirar ningún uso o divulgación que ya se haya realizado con su consentimiento. Si tenemos información de VIH o uso indebido de drogas acerca de usted, no podemos divulgar esa información sin una especial autorización por escrito y firmada por usted. Esto es diferente a la autorización y consentimiento mencionados anteriormente.

Para divulgar datos de VIH o uso indebido de drogas con el propósito de realizar tratamientos, pago u operaciones de atención médica, necesitaremos su consentimiento firmado y una autorización especial por escrito que cumpla con la ley que rige esos datos.

Derechos individuales

Usted tiene el derecho de verificar y tener una copia de su información médica confidencial. Para hacerlo, debe presentar una solicitud por escrito para verificar u obtener una copia de su información médica confidencial. Responderemos a su solicitud por escrito dentro de los 30 días posteriores a la recepción de ésta permitiendo solo una extensión (30 días adicionales) y se anexará una declaración por escrito con las razones de la demora y se proporcionará la fecha en la que llevaremos a cabo la acción respecto a su solicitud. Su solicitud puede ser denegada en ciertas circunstancias limitadas. Sin embargo, si su solicitud es denegada, le proporcionaremos la denegación por escrito y de manera oportuna explicando los motivos. Usted puede solicitar que un profesional calificado verifique la denegación, tal como se dispone en el Código de Reglamentos Federales 45 CFR §164.524(d). Respetaremos el resultado de la verificación. Se aplicarán tarifas apropiadas para obtener una copia de acuerdo con la ley de Florida y según lo dispuesto por el CFR 45 §164.524.

Tal como lo dispone el 45 CFR §164.526, usted tiene el derecho de solicitar una corrección o cambio de su información médica confidencial si cree que es incorrecta o está incompleta. Su solicitud debe realizarse por escrito e incluir una razón que justifique la solicitud. Podemos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que:

- a) No hayamos creado, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no se encuentre disponible para realizar la modificación.
- b) No forme parte de la información médica que guardamos o,
- c) No se le permita inspeccionar y hacer copias.

Usted tiene el derecho de solicitar un informe sobre las divulgaciones, según lo dispone el CFR 45 §164.528. Esta es una lista de las divulgaciones que hicimos sobre su información médica para fines distintos al tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Usted puede solicitar un informe de divulgaciones por un período de hasta seis años anterior a la fecha de su solicitud, a excepción de ciertas divulgaciones establecidas en el CFR 45 §164.528(a)(1). Usted deberá presentar su solicitud por escrito. Usted tiene derecho a obtener una copia gratuita del informe por un período de 12 meses. Por cada solicitud adicional, le cobraremos por los gastos de suministro de la lista, ya sea que se proporcione electrónicamente o mediante una copia en papel. No obstante, puede optar por retirar o modificar su solicitud antes de que se efectúen los gastos.

Usted tiene el derecho de solicitar la recepción de avisos de información médica confidencial en lugares o en medios alternativos, según lo dispone el 45 CFR 164.522 (b).

Puede solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una manera alternativa o en un lugar determinado, siempre y cuando dicha manera de comunicación o ubicación alternativa sean adecuadas.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación de su información médica que utilizamos o divulgamos para realizar pagos, tratamientos u operaciones de atención médica, según lo dispone el 45 CFR §164.522(a). Si aceptamos un pedido de restricción, cumpliremos con su petición a menos que la información sea necesaria para brindarle un tratamiento de emergencia.

Usted tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Si ha aceptado recibirla electrónicamente, también tiene derecho a obtener una copia en papel que deberá solicitarla al funcionario de privacidad de la Oficina del Asesor Jurídico General.

Cambios a este aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y poner en vigencia el aviso modificado para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Si este aviso es modificado o cambiado, publicaremos un resumen del actual aviso en el Departamento con la fecha de vigencia. Una copia actualizada de este aviso se encuentra disponible en Internet en nuestro sitio web en www.elderaffairs.state.fl.us. Usted tiene derecho a una copia del aviso actualmente vigente.

Reclamos

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja en nuestra oficina o ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No se tomarán represalias contra usted al presentar una queja. Para presentar una queja en nuestra oficina o ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos contacte a:

Privacy Officer,
Office of the General Counsel
Department of Elder Affairs
4040 Esplanade Way
Tallahassee, FL 32399-7000
Teléfono: (850) 414-2000
FAX: (850) 414-2004
TDD: (850) 414-2001

Region IV, Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 3870
61 Forsyth Street S. W.
Atlanta, Georgia 30303-8909
Teléfono: (800) 368-1019
FAX: (404) 562-7881
TDD: (800) 537-7697

Para obtener más información. Para solicitar información adicional sobre los temas cubiertos en este aviso puede dirigirse a la persona que le brindó el aviso o al oficial de privacidad, a la Oficina del Asesor Jurídico General, al Departamento del Adulto Mayor en 4040 Esplanade Way, Tallahassee, FL, 32399-7000 o por teléfono al (850) 414-2000.

Por la presente, reconozco que he recibido y leído este aviso de políticas de privacidad:

Firma

Nombre

Fecha (MM/DD/AAAA)