

# Condado Buncombe

## Notificación de Prácticas de Privacidad

---

El Condado Buncombe es designado una Entidad Híbrida HIPAA y esta notificación aplica sólo a la información protegida de salud creada u obtenida por los programas de cuidado de salud del Condado Buncombe, Salud y Servicios Humanos y la Clínica de Empleados de Salud del Condado Buncombe. Para una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad (NPP, siglas en inglés) de los Servicios Médicos el Condado Buncombe, por favor visitar a BCEMS en el internet en <https://www.buncombecounty.org/common/ems/ems-notice-privacy-practices.pdf> o contáctese con el Responsable del Cumplimiento, Miembros del Condado Buncombe Plan de Salud del Grupo de Empleados puede acceder a una copia del GHP NPP en la sección de beneficios del empleado del intranet o para una copia contactar al Oficial Responsable del Cumplimiento.

Los componentes cubiertos por HIPAA del Condado Buncombe están requeridos por ley a mantener la privacidad de la Información Protegida de Salud (PHI, siglas en inglés) y proporcionarle con esta notificación de prácticas de privacidad. Podemos cambiar los términos de nuestra notificación en cualquier momento. La nueva notificación será efectiva para toda PHI que mantenemos en ese período. Usted puede ver la Notificación de Prácticas de Privacidad más actual en cualquier momento al acceder nuestra página en el internet o le podemos proporcionar con una copia actualizada cuando la solicite si usted:

- llama a nuestra oficina y solicita que una copia revisada que sea enviada por correo; o
- Solicita una al momento de su próxima cita.

Si tiene cualquier pregunta sobre esta Notificación o sobre cualquier asunto relacionado a sus derechos o privacidad, por favor contáctese con el:

Oficial Responsable del  
Cumplimiento

Teléfono: 828-250-  
5208

Correo Electrónico:

[HHScomplianceofficer@buncombecounty.org](mailto:HHScomplianceofficer@buncombecounty.org) Correo: 200

College Street-4<sup>th</sup> Floor, Asheville, NC 28801

**Esta notificación describe cómo la información médica sobre usted puede ser utilizada y revelada y como puede tener acceso a esta información.**

**Por favor revísela cuidadosamente.**

### **SUS DERECHOS**

**Usted tiene el derecho a:**

❖ **Revisar y copiar su PHI,**

En la mayoría de casos, usted tiene el derecho de mirar u obtener una copia escrita o electrónica de su información de salud. Usualmente le proporcionaremos la copia o resumen dentro de 30 días de su solicitud. Puede haber un costo razonable por las copias.

❖ **Solicitar una restricción de su PHI.**

Esto significa que puede solicitarnos no utilizar o revelar ninguna parte de su PHI para el propósito de tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud. No somos requeridos a concordar con su

solicitud y posiblemente podemos “no” si le afectaría a su cuidado. Si decimos no, le diremos el por qué por escrito dentro de 60 días. También, si su servicio de cuidado de salud ha sido pagado en total de su bolsillo, tiene el derecho de solicitar que su información de salud no sea revelada a su plan de salud con el propósito de llevar a cabo pago u operaciones de cuidado de salud. Diremos “si” a menos que la revelación sea requerida por ley.

❖ **Elija a alguien que lo represente.**

Si ha dado a alguien un poder legal relacionado a su cuidado de salud o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercitar sus derechos y hacer elecciones sobre su información de salud. Nosotros nos aseguraremos que esta persona tiene esta autoridad antes de que tomemos una acción.

# Condado Buncombe

## Notificación de Prácticas de Privacidad

---

### ❖ Solicite para recibir comunicaciones confidenciales.

Nos puede pedir que nos comuniquemos confidencialmente por ejemplo, enviar notificaciones a una dirección especial o no llamar con recordatorios de las citas. Acomodaremos todas las solicitudes razonables.

### ❖ Solicite una enmienda de su PHI.

Si usted cree que la información en su registro está incorrecta o que está faltando información importante, tiene el derecho a que corriamos su información existente o agreguemos información faltante. No estamos requeridos a concordar con dicha enmienda, pero si no lo hacemos, debemos avisarle nuestras razones.

### ❖ Recibir una explicación de ciertas revelaciones que hemos hecho de su PHI.

Usted puede solicitar una lista de las veces que hemos compartido su información de salud dentro de un período de seis años hasta la fecha de la solicitud. La lista no incluirá aquellas revelaciones que ya autorizó, aquellas que hemos compartido para el tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud y ciertas otras revelaciones cuando aplican. Una explicación por año es gratis, pero si solicita otra dentro de un período de 12 meses, le cobraremos una tarifa razonable.

### ❖ Al solicitarla, obtener una copia por escrito de esta notificación.

### ❖ Presentar un Reclamo (Ver la última página de esta Notificación para información de cómo presentar un reclamo).

Ser notificado oportunamente si determinamos que ha ocurrido una infracción que puede comprometer la privacidad o seguridad de su información.

## USOS Y REVELACIONES

### ¿Cómo usamos típicamente o compartimos su PHI?

Las siguientes categorías describen las diferentes formas que podemos utilizar y revelar su información de salud sin obtener su autorización. No todos los usos o revelaciones están indicados en las categorías.

#### ❖ Para Tratamiento

Podemos usar y revelar su PHI para proporcionar, coordinar o administrar su cuidado de salud y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o administración de su cuidado de salud con una tercera entidad. Podemos revelar su PHI a otro médico o personas que pueden estar tratándole.

Por ejemplo, su PHI puede ser proporcionada a un médico a quien usted ha sido referido para garantizar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratarle.

#### ❖ Para Pagamento

Su PHI puede ser utilizada para pago de los servicios de cuidado de salud. Podemos revelar su información de salud a la fuente de pago, incluyendo seguro o compañía que administra su cuidado, Medicare, Medicaid o una tercera compañía que paga.

Por ejemplo, podemos dar información a su plan de salud sobre el tratamiento que recibió, su plan de salud nos pagará o nos reembolsará por el tratamiento, o podemos contactar a su plan de salud para confirmar su cobertura.

#### ❖ Para Operaciones de Cuidado de Salud

# Condado de Buncombe

## Notificación de Prácticas de Privacidad

---

Podemos usar o revelar su PHI para respaldar las actividades comerciales necesarias. Estas actividades pueden incluir, pero no están limitadas a, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, licencias, servicio legal, auditoría, y otros propósitos administrativos.

Por ejemplo, podemos combinar la información de salud sobre nuestros pacientes para decidir qué servicios la Agencia debería ofrecer. También podemos requerir compartir su información de salud con un representante de agencias regulatorias que supervisan los servicios que proporcionamos.

### ❖ Asociados Comerciales

Podemos compartir su información de salud con nuestros asociados comerciales para que puedan realizar el trabajo que les hemos solicitado. Algunos servicios proporcionados por nuestros asociados comerciales incluyen pero no están limitados al servicio de facturación, almacenaje de registros médicos, consultores legales y de contabilidad. Nuestros asociados comerciales están requeridos a proteger su información.

### ❖ Recordatorios de Citas

Podemos usar y revelar su información de salud para contactarle recordándole que tiene una cita. Cuando sea aplicable, le podemos contactar por correo estándar, teléfono u otro medio de comunicación, como mensaje de texto por el sistema electrónico de registros de salud o portal del paciente. **Usted puede optar por no recibir ninguna o todas las formas de recordatorio de citas con una notificación por escrito.**

### ❖ Intercambio de Información de Salud de Carolina del Norte

Podemos proporcionar su información de cuidado de salud a Información de Salud a la Autoridad de Intercambio de Información NC (HIEA, siglas en inglés).

La HIE es una base de datos de información de salud donde otros proveedores de cuidado que le atienden a usted pueden acceder a su información médica si son miembros de HIEA. Acceder su información puede ayudar a su proveedor de cuidado de salud proporcionarle con cuidado bien informado rápidamente debido a que él/ella conocerán su historial médico en HIEA. Si usted no desea que su información médica sea entregada a HIEA y compartida con miembros proveedores de cuidado de salud, usted puede excluirse solicitándonos un formulario de exclusión o visitando <https://hiea.nc.gov/patients/your-choices> para descargar y completar el formulario de exclusión. Tenga en cuenta que si usted se excluye, sus proveedores posiblemente no tendrán la información más reciente sobre usted lo cual puede afectar su cuidado.

Si usted elige excluirse, hay medidas que puede tomar en este enlace para excluirse en una fecha posterior <https://hiea.nc.gov/patients/your-choices>. Si es menor de los 18 años, por favor tenga en cuenta que HIEA NC no procesará su exclusión a menos que su padre/madre o tutor legal haya firmado su formulario de exclusión o si usted se ha emancipado. Si usted es menor y ha recibido tratamiento para (1) enfermedades venéreas y otras enfermedades reportable, (2) embarazo, (3) abuso de sustancias controladas o alcohol y (4) trastornos emocionales, por favor hable con su proveedor de cuidado de salud para ver si puede solicitar que esta información sea revelada a HIEA NC.

### ❖ Otros Beneficios Relacionados con la Salud y/o Programas de Salud y Servicios Humanos

Podemos usar y revelar su información de salud para informarle sobre su condición de salud o recomendarle posibles elecciones de tratamiento o alternativas.

# Condado Buncombe

## Notificación de Prácticas de Privacidad

---

También le podemos informar sobre beneficios relacionados con la salud, recursos para educación de salud o servicios (como elegibilidad para Medicaid o beneficios del Seguro Social) u otros programas de Salud y Servicios Humanos que pueden ser de interés y beneficio para usted.

Por ejemplo, su nombre y dirección pueden ser utilizados para enviarle información sobre otros programas o servicios proporcionados por Salud y Servicios Humanos del Condado Buncombe.

***Se puede contactar con nuestro Oficial Responsable del Cumplimiento o con un Supervisor del programa para solicitar que estos materiales no sean enviados a usted.***

### ❖ Autorización

Podemos usar y revelar su PHI al recibir su autorización por escrito, a la medida que dicho uso o revelación sea consistente con su autorización. Usted puede revocar cualquier autorización en cualquier momento.

### Usos y Revelaciones de la PHI Permitido sin Autorización pero con la Oportunidad de Objetar

Podemos usar y revelar su PHI en las siguientes instancias. Usted tiene la oportunidad de concordar u objetar al uso o revelación de todo o parte de su PHI. Si tiene una preferencia de cómo podemos compartir su información en las situaciones descritas a continuación indíquenos. Díganos es lo que usted quiere hacer, y seguiremos sus instrucciones.

### ❖ Otras Personas Involucradas en su Cuidado de Salud

Podemos revelar su información de salud a un miembro de la familia, un relativo, un amigo cercano, u otra persona involucrada en su cuidado médico o pago por su cuidado médico si obtenemos su acuerdo verbal, o si le damos la oportunidad para objetar a dicha revelación, y usted no presenta una objeción. Si no puede acordar u objetar al momento que le damos la oportunidad para hacerlo, posiblemente podemos decidir que es de su mejor interés, basado en nuestro juicio profesional, para compartir su información de salud, si está incapacitado o durante una emergencia.

### ❖ Ayuda en Desastres

Podemos usar o revelar su información protegida de salud al público autorizado o entidad privada para asistirle en los esfuerzos de ayuda en un desastre y para coordinar usos y revelaciones a la familia u otras personas involucradas en su cuidado de salud.

### Otros Usos y Revelaciones Permitidas y Requeridas Que Pueden Ser Realizadas Sin Su Autorización

Estamos permitidos o requeridos a compartir su información en otras formas – usualmente en formas que contribuyen al bien público, como salud e investigación pública. Tenemos que cumplir muchas condiciones de la ley antes de que podamos compartir su información para estos propósitos. Estas situaciones incluyen:

❖ **Requerido por Ley:** Utilizaremos y revelaremos información de salud sobre usted cuando seamos requeridos por ley para hacerlo. Por ejemplo, la ley Estatal requiere que reportemos lesiones por armas y otras lesiones a la policía y reportar abuso o negligencia infantil conocida o sospechada al Departamento de Servicios Sociales.

❖ **Amenazas a la Salud o Seguridad:** Podemos utilizar o revelar información de salud sobre usted si creemos que es necesario prevenir o reducir una seria amenaza a la salud o seguridad.

❖ **Actividades de Salud Pública:** Podemos utilizar o revelar información de salud sobre usted para varias actividades de salud pública, incluyendo pero no limitado a, investigar y prevenir enfermedades, reportar abuso sospechoso, negligencia o violencia doméstica, monitoreando drogas o dispositivos regulados por la Administración de Alimentos y Drogas, y monitorear enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.

❖ **Actividades de Supervisión de Salud:**

# Condado Buncombe

## Notificación de Prácticas de Privacidad

---

Podemos divulgar información de salud sobre usted a una agencia responsable por supervisar el sistema de cuidado de salud o ciertos programas de gobierno.

- ❖ **Procedimientos de la Corte:** Podemos revelar información de salud sobre usted a la corte o a un oficial de la corte. Por ejemplo, podemos revelar información de salud sobre usted a la corte si un juez nos ordena hacerlo de acuerdo con la ley aplicable.
- ❖ **Aplicación de la Ley:** Bajo ciertas circunstancias, podemos revelar información de salud sobre usted a un oficial de la ley con los propósitos específicos de la aplicación de la ley.
- ❖ **Forenses y otros:** Podemos revelar información de salud sobre usted a un forense, examinador médico, o director de una funeraria o a una organización que ayuda con órganos, trasplantes de ojos y tejidos.
- ❖ **Organizaciones de Investigación:** Podemos utilizar o revelar su información de salud para organizaciones de investigación si la organización ha satisfecho ciertas condiciones sobre proteger la privacidad de la información de salud.
- ❖ **Ciertas funciones del gobierno:** Podemos usar o revelar su información de salud para ciertos funciones del gobierno, incluyendo pero no limitado a actividades militares y veteranos y actividades de seguridad e inteligencia nacional.
- ❖ **Vacunas:** Podemos divulgar sus registros de las vacunas a escuelas para apoyar los esfuerzos de salud pública si obtenemos y documentamos un acuerdo oral o escrito del padre/madre, tutores, u otra persona que actúa en lugar de uno de los padres. Además las vacunas dadas por el HHS del Condado Buncombe son presentados al NCIR, el Registro de Vacunas de Carolina del Norte.
- ❖ **Compensación al Trabajador:** Podemos revelar su información de salud para los reclamos de compensación de salud.
- ❖ **Instituciones Penitenciarias :** Podemos revelar su PHI a un oficial de la policía o a

una institución correccional que tiene su custodia con el propósito de tratarle mientras está en custodia o si es necesario para la seguridad de personas en la institución correccional.

- ❖ **Usos y Revelaciones Requeridas:** Bajo la ley, debemos hacer las revelaciones a usted y a la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos cuando sea requerido por el Departamento para investigar o determinar nuestro cumplimiento con la Sección de requerimientos. 164.500 et. seq.

### RECLAMOS

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido trasgredidos, puede presentar un reclamo a nosotros o a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos. Puede presentar un reclamo con nosotros al notificar a nuestro Oficial Responsable de Cumplimiento de su reclamo. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de E.U. & la Oficina de Servicios Humanos para Derechos Humanos, 200 Independence Ave., SW, Washington, D.C. 20201, o llame al 1-877-696-6775 o visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints).

**Por presentar un reclamo, no tomaremos represalias contra usted.**

Se puede contactar con el Oficial Responsable del Cumplimiento si tiene un reclamo, inquietud o preguntas sobre su privacidad:

**Oficial Responsable del  
Cumplimiento  
Condado Buncombe  
200 College St. - 4th Floor  
Asheville, NC 28801  
828-250-5208  
[hhscomplianceofficer@buncombecounty.org](mailto:hhscomplianceofficer@buncombecounty.org)**