



## Aviso de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe cómo podrá ser usada y revelada su información médica y cómo puede tener acceso a esta información.

**Su Información.  
Sus Derechos.  
Nuestras Responsabilidades.**

**Por favor revíselo cuidadosamente.**

El Departamento de Salud Pública de la Ciudad de El Paso crea un registro de la atención médica que usted recibe. Entendemos que su información médica es personal y estamos comprometidos a proteger su información médica. Este aviso aplica para toda su información médica recibida o creada por DPH (Departamento de Salud Pública) y describe como DPH puede usar y revelar su información médica. Este aviso también describe sus derechos y las obligaciones de DPH al usar o revelar su información médica.

## SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle. Usted tiene derecho a:

**Pedir una copia de este Aviso de Privacidad.** Usted puede pedir una copia de este aviso en cualquier momento, incluso si usted acepta recibir el aviso digitalmente.

**Pedir Restricciones.** Usted puede pedirnos restringir o limitar como su información médica es usada o revelada en tratamiento, pagos o en operaciones con Cuidado de Salud. Nosotros NO tenemos que estar de acuerdo con esta restricción, pero en caso de aceptar, cumpliremos con su pedido excepto bajo circunstancias de emergencia. Para pedir una restricción, entregue lo siguiente por escrito: (a) la información a restringir, (b) que tipo de restricción está pidiendo (ej. en el uso de la información, revelación de información o ambas), y (c) para quien o que límites aplican. También puede pedir que limitemos la revelación de información a miembros de la familia, parientes, o amigos cercanos que puedan o no estar involucrados en su cuidado.

**Pedir Comunicaciones Confidenciales.** Usted puede pedir que comuniquemos su información médica de una manera específica o enviarle el correo a una dirección diferente. Su pedido debe especificar como y cuando usted quiere ser contactado. DPH va a ajustar peticiones razonables.

**Inspeccionar o Pedir una Copia de su Información Médica.** Bajo petición, usted tiene derecho a inspeccionar y pedir una copia de su información médica que se mantiene por DPH en el grupo designado de registro, ya sea en formato impreso o contenido en un registro electrónico. DPH podría cobrar una tarifa extra por este servicio. DPH podría negar el acceso de acuerdo con la ley estatal o federal. Si DPH niega su petición, usted podría tener derecho a pedir una revisión de esa negación. La ley de Texas requiere que las peticiones para copias sean hechas por escrito y que nosotros proveamos las copias o un resumen narrativo dentro de 15 días de su petición.

**Pedir una Corrección de su Información Médica.** Usted podría pedir una corrección de su información médica que permanece en un grupo de registro designado. Podríamos negar su petición si usted nos pide una corrección a la información que:

No fue creada por DPH;

- No es parte de la información médica guardada por o para DPH;
- No es parte de la información médica que usted tendría permitido inspeccionar/o copiar; o
- Es precisa y está completa en el registro. Si negamos su petición, nosotros lo notificaremos en escrito dentro de 60 días de su petición y usted tendrá el derecho de presentar una declaración de desacuerdo en su registro de cliente.

**Una Contabilidad de Revelaciones.** Usted tiene el derecho de recibir una lista de ciertas revelaciones que hemos hecho de su información de salud. Para pedir esta contabilidad de revelaciones, usted debe entregar su petición en escrito y debe incluir nombre(s) del programa, clínica(s) o las instalaciones de las cuales la lista de revelaciones es pedida. Le entregaremos una contabilidad de las revelaciones que incluyen con quien compartimos su información de salud y porque, excepto información sobre tratamiento, pagos, operaciones de cuidado de la salud y por otros ciertos motivos, como cuando usted ha autorizado o indicado que DPH revele la información.

## USOS Y REVELACIONES DE INFORMACION MÉDICA PERMITIDA SIN SU AUTORIZACIÓN

Las leyes de privacidad permiten que DPH use o revele su información médica sin su autorización o sin darle la oportunidad de objetar en las siguientes circunstancias:

**Tratamiento:** Tenemos permitido usar y revelar su información médica a los involucrados en su tratamiento.

**Pagos:** Tenemos permitido usar y revelar su información médica para facturar y cobrar un pago por los servicios proveídos a usted.

**Operaciones de Cuidado de la Salud:** Tenemos permitido usar o revelar su información médica para propósitos de operaciones de Cuidado de la Salud, las cuales son actividades que apoyan DPH y aseguran que sean proporcionados servicios de calidad.

**Recordatorios de citas, tratamientos alternativos y otros beneficios relacionados a la salud:** Nosotros podemos contactarlo por teléfono, correo o ambos para proporcionar recordatorios de citas, información sobre tratamientos alternativos, u otros beneficios relacionados a la salud y servicios que puedan interesarle.

**Intercambios de información de salud:** El Departamento de Salud Pública podrá participar en intercambios de información de salud. Este es un sistema de información de salud que almacena la información de salud de su paciente. Será visible para los proveedores y podrá ser utilizado por ellos, a menos que usted opte por no participar.

**Requerido por Ley:** Nosotros revelaremos su información médica cuando sea requerido por la ley federal, estatal o local.

**Salud Pública:** Nosotros podríamos revelar su información médica para actividades de la salud pública. Las actividades de Salud Pública están bajo mandato del gobierno federal, estatal o local, por una autoridad de Salud Pública, para la recopilación de información sobre enfermedades, estadísticas vitales (como nacimientos y defunción), lesión o heridas. Podríamos revelar información médica, si es autorizada por ley, a una

**Abuso, Negligencia o Violencia Domestica:** Nosotros podríamos notificar a las autoridades de gobierno si creemos que un cliente es una víctima de negligencia o abuso. Haremos esta revelación solo cuando sea específicamente autorizado o requerido por ley, o cuando el cliente este de acuerdo con esta revelación.

**Actividades de Vigilancia de Salud:** Podríamos revelar su información de salud a una agencia de vigilancia de salud autorizada por la ley. Estas actividades de vigilancia podrían incluir auditorias, investigaciones, inspecciones y licencias, o acciones disciplinarias o otras actividades de vigilancia del gobierno. Estas actividades son necesarias para que el gobierno monitoree el sistema de Cuidado de Salud, programas de beneficio del gobierno, y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

**Procedimientos Legales e Intención de Ejecución de Ley:** Nosotros podríamos revelar su información médica durante el curso de procedimientos judiciales o administrativos en respuesta a una orden de la corte u otros procesos legales apropiados. Ciertos requisitos deben ser cumplidos antes de que la información sea revelada. Si es requerido por un oficial de orden judicial, podríamos revelar su información de cliente bajo limitadas circunstancias siempre y cuando la información:

- Es revelada conforme a un proceso legal, tal como una garantía o citatorio: Que concierne a una víctima de un crimen y usted está incapacitado;
- Concierne a una persona que ha muerto bajo circunstancias que puedan estar relacionadas a conducta criminal.
- Es sobre una víctima de un crimen y no podemos obtener el acuerdo de la persona.
- Es revelado por causa de un crimen que ocurrió bajo estas premisas; o

**Compensación de los Trabajadores:** Nosotros podríamos revelar su información médica en la medida autorizada por y en la medida necesaria para cumplir con leyes relacionadas a la compensación de trabajadores u otros programas similares establecidos por la ley.

**Situaciones de Custodia:** Si usted este preso(a) en una institución correccional o bajo custodia legal por la ley judicial, podríamos revelar su información médica a la institución correccional o al oficial de la orden judicial según lo permita o requiera la ley.

**Militar, Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia y Protección del Presidente:** Podríamos revelar su información médica para funciones gubernamentales especializadas, tales como separación o baja del servicio militar, peticiones según sea necesario por los correspondientes oficiales de comando militar (si usted está en ejercito), actividades autorizadas de inteligencia y seguridad nacional, así como actividades autorizadas para la provisión de servicios de protección para el Presidente de los Estados Unidos, otros oficiales autorizados de gobierno, o jefes de estado extranjeros.

**Investigación, Donación de Organos, Forenses, Examinadores Médicos y Directores Funerarios.** Cuando un proyecto de investigación y sus protecciones de privacidad han sido aprobados por un una junta de revisión institucional o una comisión de privacidad, podríamos revelar su información de cliente a investigadores para fines de investigación. Podríamos revelar su información médica a un foráneo o medico examinador para que identifique a un difunto o una causa de muerte. También podríamos revelar su información médica a un director funerario cuando tal revelación sea necesaria para el director que lleva a cabo sus deberes.

## **PREGUNTAS Y PERSONA DE CONTACTO PARA PETICIONES**

**Si usted tiene cualquier pregunta o quiere hacer una petición conforme a los derechos descritos arriba, por favor contacte:**

Oficial de Cumplimiento Normativo de DPH: 200 N. Kansas, El Paso TX 787 Teléfono (915) 212-7781.

Correo: [DPH.ComplianceOfficer@elpasotexas.gov](mailto:DPH.ComplianceOfficer@elpasotexas.gov)

**Si usted considera que sus derecho de privacidad han sido violados, usted podría presentar una queja con la oficina:**

Texas Attorney General: PO BOX 12548 Austin, TX 78711-2548 or llame a 1-800-252-8011

**Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido violados, usted podría presentar una queja con la oficina United States Department of Health and Human Services:**

Civil Rights mandando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201.

¿Porque tengo que firmar esta forma?

La ley exige que su médico, hospital, u otro proveedor de servicios de salud le pida a usted por escrito que recibió esta notificación. La ley no le exige a usted firmar el “acuse de recibo de esta notificación.” Firmar no significa que usted está de acuerdo con cualquier uso o divulgación especial (compartir) de sus registros de salud. Reusarse a firmar este accuse no impide que un proveedor o plan use o divulgue información de salud según lo permite HIPAA. Si usted se niega a firmar el accuse, el proveedor debe mantener un registro de este hecho.

Yo he recibido esta Notificación de Practicas de Privacidad ofrecido por El Departamento de Salud Pública (DPH) de la Ciudad de El Paso.

---

**Firma del Paciente, Representante Legal, o Guardian Legal**

**Fecha:**\_\_\_\_\_

---

**Nombre del Paciente, Representante Legal, o Guardian Legal**