Departamento de Salud de Utah, División de Financiamiento de Atención Médica

Aviso de Prácticas de Privacidad

Este aviso describe como puede ser utilizada y divulgada su información médica y como puede usted acceder a dicha información. Por favor, revise con atención. Efectivo: 04/ 14/ 2003

El Departamento de Salud de Utah, División de Financiamiento de Atención Médica (DHCF) está comprometido a proteger su información médica. DHCF tiene la obligación, por ley, de mantener la privacidad de su información médica, de hacerle llegar este aviso, y de respetar los términos de este aviso.

Prácticas y Usos de Confidencialidad/ Privacidad

DHCF puede utilizar su información médica para el manejo de nuestro negocio. Ejemplos:

Tratamiento – para determinar apropiadamente la aprobación o denegación de su tratamiento médico. Por ejemplo, los profesionales de la salud de DHCF pueden revisar el plan de tratamiento de su proveedor de atención médica por necesidades médicas si usted es receptor de Medicaid, o por servicios enumerados en el programa si usted es receptor de Primary Care Network (PCN) o receptor del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) or receptor de UPP.

Pago – para determinar su elegibilidad en los programas Medicaid, PCN, CHIP o UPP y realizar pagos a su proveedor de atención médica. Por ejemplo, su proveedor de atención médica puede enviar reclamos de pago al DHCF por servicios médicos prestados a usted, en caso de ser correspondientes.

Operaciones de Atención Médica – para evaluar el desempeño de un plan de salud o de un proveedor de atención médica. Por ejemplo, los contratos de DHCF con consultores que revisan los registros de hospitales y otras organizaciones para determinar la calidad de servicio que usted ha recibido.

Finalidad Informativa – para darle a usted información útil tal como opciones de planes de salud, actualización de los beneficios del programa, exámenes médicos gratis e información de protección al consumidor.

Sus Derechos Individuales

Usted tiene derecho a:

Solicitar restricciones en el uso y divulgación de su información médica. Consideraremos cuidadosamente todas las solicitudes de restricción, pero no tenemos la obligación de aceptar ninguna restricción.

Solicitar que utilicemos un número de teléfono o domicilio específico para comunicarnos con usted.

Inspeccionar y copiar su información médica, incluyendo registros médicos y de cuentas. Pueden existir costos. Bajo circunstancias limitadas, podemos negarle el acceso a una parte de su información médica y usted puede solicitar una revisión de la negación*

Solicitar un detalle de ciertas divulgaciones de su información médica hechas por nosotros. El detalle no incluye divulgaciones hechas para tratamientos, pagos, y operaciones de atención médica y algunas divulgaciones requeridas por la ley. Su solicitud debe detallar el período de tiempo deseado para el detalle que debe ser dentro de los seis años previos a su solicitud y excluir fechas previas al 14 de Abril de 2003. El primer detalle es gratis pero se recargará un costo si se realiza más de una solicitud en un período de 12 meses*

Solicitar una copia en papel de este aviso, aun si usted aceptó recibirlo en forma electrónica.

* Las solicitudes marcadas con un asterisco (*) deben ser hechas por escrito. Contacte al Oficial de Privacidad de DHCF para recibir el formulario correcto para su solicitud.

Compartiendo Su Información Médica

Existen situaciones limitadas en las cuales tenemos permitido o estamos obligados a divulgar información médica sin su autorización firmada. Estas situaciones incluyen actividades necesarias para la administración de los programas Medicaid, PCN, CHIP y UPP y lo siguiente:

Para propósitos de salud pública tales como el reporte de enfermedades contagiosas, enfermedades relacionadas con el trabajo, u otras enfermedades o lesiones permitidas por ley; informar nacimientos y muertes; e informar reacciones a drogas y problemas con aparatos médicos.

Para proteger a las víctimas de abuso, negligencia, o violencia doméstica.

Para actividades médicas de supervisión tales como investigaciones, auditorias, e inspecciones.

Para juicios y procedimientos similares.

Cuando es requerido por la ley.

Cuando es solicitado por los agentes de la ley por requerimiento de la ley o por orden de la corte.

Para médicos forenses, examinadores médicos, y directores funerarios.

Para donaciones de órganos y tejidos.

Para investigaciones aprobadas por nuestro proceso de revisión bajo estrictas normas federales.

Para reducir o prevenir una seria amenaza a la salud y la seguridad pública.

Para compensaciones a trabajadores u otros programas similares si se lesiona en el trabajo.

Para funciones especiales del gobierno tales como de inteligencia y seguridad nacional.

Todos los demás usos y divulgaciones no mencionados en este aviso, requieren su autorización firmada.

Usted puede revocar su autorización en cualquier momento con una declaración por escrito.

Nuestras Responsabilidades de Privacidad

Por ley, DHCF debe:

Mantener la privacidad de su información médica.

Proveer este aviso que describe las formas en que podemos utilizar y divulgar su información médica.

Respetar los términos del aviso actualmente en efecto.

Nos reservamos el derecho a efectuar cambios a este aviso en cualquier momento y validar las nuevas prácticas de privacidad para toda la información que guardamos. Los avisos actuales serán publicados en las oficinas de DHCF y en el portal de Internet, http://health.utah.gov/hipaa. Además, usted puede solicitar una copia de cualquier aviso al Oficial de Privacidad de DHCF que se detalla a continuación.

Contáctenos

Si desea recibir más información acerca de sus derechos de privacidad, le preocupa que sus derechos de privacidad han sido violados, o está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información médica, los receptores de Medicaid, PCN, CHIP y UPP deben contactar al Oficial de Privacidad de DHCF, Craig Devashrayee, 801-538-6641; 288 North 1460 West, 3rd Floor, PO Box 143102, Salt Lake City, Utah 84114-3102; cdevashrayee@utah.gov.

Investigaremos todas las quejas y no tomaremos represalias contra usted por haber presentado una queja. También puede presentar una queja por escrito en la Oficina de Derechos Civiles, 200 Independence Avenue, S.W. Room 509F HHH Bldg., Washington, DC 20201.