DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information (Aviso de prácticas de privacidad del DSHS para la Información médica del cliente)

Vigente a partir del 1 de noviembre de 2025

El DSHS debe notificarle sus derechos de privacidad conforme a la Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud, HIPAA), (45 CFR §164.520). El DSHS es una "entidad híbrida". No todo el DSHS está cubierto por la HIPAA; solo los programas enumerados como Componentes del Seguro médico en el sitio web del DSHS están cubiertos por la HIPAA. Este aviso solo se aplica a los clientes atendidos por esos programas cubiertos. Este aviso no afecta su elegibilidad para los servicios del DSHS.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede consultarla. Analícelo con detenimiento.

¿Qué es la PHI?

La Protected Health Information (Información Médica Protegida, PHI) es Información médica del cliente en poder de las partes del DSHS cubiertas por la HIPAA. La PHI es información médica vinculada a usted sobre su estado o condición de salud, la atención médica que recibe o el pago de su seguro médico. El DSHS debe proteger su PHI por ley.

¿Qué PHI tiene el DSHS sobre mí?

Para ayudarnos a brindarle servicios, es posible que deba brindarnos información médica o de salud, incluida su ubicación, información financiera o registros médicos. También podemos obtener PHI sobre usted de otras fuentes necesarias para brindarle servicios o pagar su atención.

¿Quién tiene acceso a mi PHI?

Solo usamos la cantidad mínima de PHI que necesitamos para hacer nuestro trabajo. Podemos compartir la PHI con otros programas o personas si la ley, o usted, lo permiten. Por ejemplo, su PHI puede ser entregada a la Health Care Authority (Autoridad de Atención Médica) y a otros proveedores de atención médica, y estos pueden usarla para coordinar y pagar su atención médica. Podemos compartir su PHI pasada, actual o futura.

¿Qué PHI comparte el DSHS?

Solo compartimos su PHI que otros necesitan para hacer su trabajo, según lo permita la ley. Puede solicitar una lista de las personas con las que DSHS ha compartido su PHI para algún propósito en los últimos seis años.

¿Cuándo comparte la PHI el DSHS?

Compartimos la PHI según la "necesidad de saber" para coordinar servicios y para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información:

- Con proveedores de atención médica para brindar tratamiento médico y administración de casos.
- Con la parte responsable de pagar los servicios de atención médica para coordinar el pago.
- Para decidir si usted es elegible para los programas del DSHS.
- Para respaldar nuestras operaciones comerciales, como decidir si la atención que recibe de los proveedores cumple con los estándares legales. Estas actividades pueden incluir la agregación de datos, actividades de gestión de riesgos y auditorías.

¿Cuándo puede el DSHS compartir mi PHI sin mi autorización?

Además de las divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, el DSHS puede compartir su PHI sin su permiso por otras razones. Por ley, es posible que se nos exija o permita compartir su PHI. Algunos ejemplos incluyen:

- Compartir información médica sobre usted con un amigo o familiar que esté involucrado en su atención. Usted tiene derecho a oponerse a esta divulgación. Si se opone, no la divulgaremos a ese familiar o amigo.
- Compartir con autoridades de salud pública para actividades de salud pública como prevenir o controlar enfermedades o lesiones o informar nacimientos y muertes.
- Informar incidentes de abuso o negligencia infantil o de adultos, o violencia doméstica, a los Child Protective Services (Servicios de Protección Infantil), los Adult Protective Services (Servicios de Protección al Adulto), la policía u otras agencias.
- Proporcionar registros bajo orden judicial, citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal, o para procedimientos judiciales y administrativos.
- Compartir la PHI con agencias de supervisión que otorgan licencias a profesionales de la salud y otorgan licencias e inspeccionan instalaciones médicas, como hogares de ancianos y hospitales.
- Compartir la PHI con agencias gubernamentales federales y estatales para que lo o la cuiden, si es necesario para determinar si es elegible para servicios o beneficios, o según lo permita la ley.
- Dar la PHI a tutores o padres de menores.
- Compartir la PHI para prevenir o reducir una amenaza grave e inmediata a la salud o seguridad de una persona o del público.
- Compartir cierta PHI con funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.
- Compartir la PHI para investigación, para un proyecto de investigación aprobado, cuando su privacidad esté protegida.
- Compartir con autoridades militares, en algunas situaciones, si usted está en las fuerzas armadas o es un veterano.
- Compartir la PHI a agencias de compensación laboral.
- Usar o divulgar la PHI en caso de emergencia o para fines de socorro en caso de desastre.
- Después de su muerte, compartir su PHI con el representante personal de su patrimonio, un médico forense, director de funeraria u organización de trasplante de órganos.
- Cuando lo permita o lo exija la ley

Registros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias

No compartiremos registros de tratamiento de substance use disorder (trastornos por consumo de sustancias, SUD) a menos que tengamos su consentimiento o lo permitan las reglas de la Parte 2 del Título 42 del C.F.R. Si recibimos sus registros de la Parte 2 de otra persona, como su proveedor de SUD, podemos divulgarlos si lo permite la HIPAA. Sin embargo, no divulgaremos registros de SUD para procedimientos civiles, penales, administrativos y legislativos en su contra, a menos que usted dé su consentimiento por escrito o en respuesta a una orden judicial.

¿Qué sucede si quiero que otra persona tenga mi PHI?

Para compartir información que no se incluye en este aviso, es necesario su permiso. No utilizaremos su PHI para fines de marketing ni venderemos su PHI sin su permiso por escrito. Se le solicitará que firme un formulario de autorización para permitirnos compartir su PHI si:

- Necesitamos su permiso para brindar servicios o atención;
- Necesitamos su permiso para compartir notas de psicoterapia;
- Quiere que enviemos su PHI a otra agencia o proveedor por motivos que no están permitidos por la ley sin su permiso; o
- Quiere que se envíe su PHI a otra persona, como su abogado, un familiar u otro representante.

Su permiso para compartir su PHI es válido hasta la fecha de finalización que indique en el formulario. Solo podemos compartir la PHI que indique. Puede cancelar o cambiar este permiso escribiendo al DSHS.

¿Puedo consultar mi PHI?

Puede consultar su PHI, en versiones impresas o electrónicas. Si lo solicita, recibirá una copia de su PHI. El DSHS puede cobrarle una tarifa razonable por las copias.

¿Puedo tener una lista de las divulgaciones de mi PHI?

Tiene derecho a un informe, que es una lista de las divulgaciones de su PHI realizadas en los últimos seis años, excepto las divulgaciones realizadas para tratamiento, pago, operaciones o con su permiso. Si solicita más de un informe en un período de 12 meses, el DSHS puede cobrarle una tarifa razonable.

¿Puedo cambiar mi PHI?

Si cree que su PHI es incorrecta, puede solicitarnos por escrito que cambiemos o agreguemos nueva PHI.

Consideraremos la solicitud, pero no estamos obligados a aceptar. También puede solicitar que enviemos cualquier cambio a otras personas que tengan copias de su PHI.

¿Puedo poner límites a la divulgación de mi PHI y cómo la obtengo?

Puede solicitarnos por escrito que limitemos el uso y la divulgación de su PHI, pero no estamos obligados a aceptar. También puede solicitar que le comuniquemos su PHI en un formato diferente o en una ubicación diferente.

¿Qué es una violación a la información?	Una violación a la información es el uso o la divulgación de su PHI que no está permitido por la HIPAA, incluida la pérdida por robo, error o piratería. Le notificaremos por correo si hay una violación de su PHI según la HIPAA.
¿Puedo tener una copia de este aviso de privacidad?	Sí. Este aviso de privacidad es suyo para que lo conserve. Si recibió este aviso electrónicamente, puede solicitar una copia impresa y se la daremos.
¿Qué sucede si cambian las prácticas de privacidad de PHI?	Estamos obligados a cumplir con este aviso. Tenemos el derecho de cambiar este aviso. Si las leyes o nuestras prácticas de privacidad cambian, actualizaremos este aviso y le enviaremos una copia o le enviaremos información sobre el nuevo aviso y dónde encontrarlo.
¿Con quién me comunico si tengo preguntas sobre este aviso o mis derechos de PHI?	Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, puede comunicarse con el Funcionario de Privacidad del DSHS en el correo DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov o al (360) 902-8278.
¿Cómo denuncio una violación de mis derechos de privacidad de PHI?	Si cree que se han violado sus derechos de privacidad de PHI, puede presentar una queja ante: El Funcionario de Privacidad del DSHS, Department of Social and Health Services, PO Box 45135, Olympia WA 98504-5135 o por correo electrónico al correo DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov. Si presenta una queja, el DSHS no cambiará ni detendrá sus servicios y no debe tomar represalias en su contra. **O** Presente su queja en línea en: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf o escribiendo a: Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, **200** Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, teléfono (800) 368-1019. Cualquier queja al DHHS [sic] debe presentarse dentro de los 180 días posteriores a la supuesta violación de la privacidad.

Aviso de prácticas de privacidad del DSHS para la Información médica del cliente
Vigente a partir del 1 de noviembre de 2025

Acknowledgement (Reconocimiento de recepción)

(Necesario cuando el DSHS brinda tratamiento de atención médica directa)

Nombre del cliente	Fecha de nacimiento del cliente

Recibí una copia del Aviso de privacidad del DSHS y tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre cómo el DSHS usará y compartirá mi Información médica personal.

Firma del Cliente o Representante personal	Fecha

For DSHS Use Only (Para uso exclusivo del DSHS)

To be completed if <u>unable</u> to obtain signature of client or personal representative.

Describe efforts made to have the client acknowledge receipt of the Notice of Privacy Practices (NPP):

Describe reason why acknowledgement was not obtained:

Staff Member's Name and Title (Please Print)	Staff Member's Name and Title (Please Print)
Staff's Signature	Staff's Signature