

## Aviso de prácticas de privacidad de DSHS para información médica de clientes

### DSHS Notice of Privacy Practices for Client Medical Information Vigente al 23 de septiembre de 2013

DSHS debe notificarle de sus derechos de privacidad de acuerdo a la Ley de Portabilidad de Información y Responsabilidad (por sus siglas en inglés, "HIPAA"). (45 CFR 164.520). DSHS es una "entidad híbrida". No todo DSHS está cubierto por HIPAA, sólo los programas listados como [Componentes de Atención Médica en el sitio web de DSHS](#) están cubiertos por HIPAA. Este aviso aplica solamente a los clientes que reciben atención de esos programas cubiertos. Este aviso no afecta su elegibilidad para servicios de DSHS.

**Este aviso describe como la información médica referente a usted puede ser usada y divulgada y cómo usted puede obtener esta información. Sírvase revisarlo cuidadosamente.**

#### ¿Qué es PHI?

Información médica protegida (por sus siglas en inglés, "PHI") es información médica sobre sus clientes en posesión de partes de DSHS que está cubierta por HIPAA. PHI es información médica ligada a usted referente a su estatus o condición médica, la atención médica que recibe, o el pago por su atención médica. DSHS está obligado por ley a proteger su PHI.

#### ¿Qué PHI tiene DSHS referente a mí?

Para ayudarnos a darle servicio, es posible que usted deba proporcionarnos información médica o de salud, incluyendo su ubicación, información financiera o registros médicos. También podríamos recibir PHI sobre usted de otras fuentes que necesitamos para poder darle servicio o pagar por su atención.

#### ¿Quién ve mi PHI?

Sólo vemos la cantidad mínima de PHI que necesitamos para hacer nuestro trabajo. Podríamos compartir información con otros programas o personas si lo permite la ley o si usted nos da permiso. Por ejemplo, su PHI podría ser entregada a y usada por la Autoridad de Atención Médica y otros proveedores de atención médica para coordinar y pagar su atención médica. Podríamos compartir PHI pasada, actual o futura.

#### ¿Qué PHI comparte DSHS?

Sólo compartimos su PHI que otros necesitan para hacer su trabajo y la permitida por la ley. Usted puede pedir una lista quién ha visto su PHI para algunos propósitos.

#### ¿Cuándo comparte DSHS mi PHI?

Compartimos PHI a quienes necesitan saberla para coordinar servicios y para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información para decidir si:

- Debe otorgarse atención médica.
- Podemos pagar por servicios de proveedores de atención médica.
- Usted es elegible para programas de DSHS.
- La atención que usted recibe de los proveedores cumple con estándares legales.

#### ¿Puedo ver mi PHI?

Usted puede ver su PHI. Si lo solicita, recibirá una copia de su PHI. DSHS podría cobrarle las copias.

#### ¿Puedo modificar mi PHI?

Si cree que su PHI tiene errores, puede pedirnos que la modifiquemos o que agreguemos nueva PHI. También puede solicitar que enviemos las modificaciones a otros que tengan copias de su PHI.

#### ¿Qué sucede si alguien más necesita mi PHI?

Puede pedirle que firme un formulario para permitirnos compartir su PHI si:

- Necesitamos su permiso para proporcionar servicios o atención;
- Usted quiere que enviemos su PHI a otra agencia o proveedor por razones que la ley no nos permite sin permiso de usted;
- Usted quiere que se envíe su PHI a otra persona como su abogado, un familiar u otro representante.

Su permiso para compartir su PHI permanecerá vigente hasta la fecha de expiración que usted escriba en el formulario. Sólo podemos compartir la PHI que usted incluya en su lista. Usted podrá cancelar o modificar este permiso escribiendo a DSHS.

## Aviso de prácticas de privacidad de DSHS para información médica del cliente

Vigente al 23 de septiembre de 2013

<b>¿Puede DSHS compartir mi PHI sin mi permiso?</b>	<p>DSHS puede compartir PHI sin su permiso en algunos casos. Por ley, podemos estar obligados o tener permiso de compartir su PHI. Algunos ejemplos incluyen la necesidad de:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Reportar incidentes de abuso o abandono contra niños o adultos a los Servicios de Protección a Niños, a la policía o a otras agencias.</li><li>• Entregar registros en cumplimiento a una orden del tribunal.</li><li>• Entregar PHI a otras agencias que revisan las operaciones de DSHS.</li><li>• Compartir PHI con agencias que otorgan licencias e inspeccionan centros médicos, como casas de reposo y hospitales.</li><li>• Compartir PHI con proveedores de servicios u otras agencias que le prestan atención cuando la necesiten o para determinar si usted es elegible para servicios o beneficios.</li><li>• Entregar PHI a tutores o padres de menores.</li><li>• Usar PHI para investigación.</li><li>• Usar o revelar PHI en caso de emergencia o para propósitos de alivio de desastres.</li></ul>
<b>¿Puedo poner límites en cuanto a compartir mi PHI y cómo la recibo?</b>	<p>Usted puede solicitar que limitemos el uso y divulgación de su PHI, pero no estamos obligados a acceder a su solicitud. Además, usted puede solicitar que le enviemos su PHI en un formato diferente o a un lugar diferente.</p>
<b>¿Qué es una filtración de datos?</b>	<p>Una filtración de datos es el uso o divulgación de su PHI en términos no permitidos por HIPAA, incluyendo su pérdida por robo, error o intrusos informáticos. Le notificaremos por correo si existe una filtración de su PHI en los términos de HIPAA.</p>
<b>¿Puedo obtener una copia de este aviso?</b>	<p>Sí. Usted puede conservar este aviso. Si recibió este aviso de manera electrónica, puede pedir una copia impresa y se la enviaremos.</p>
<b>¿Qué sucede si cambian las prácticas de privacidad referentes a la PHI?</b>	<p>Estamos obligados a cumplir con este aviso. Tenemos el derecho de modificar este aviso. Si las leyes o nuestras prácticas de privacidad cambian, le enviaremos información sobre el nuevo aviso y dónde consultarlo, o se lo enviaremos.</p>
<b>¿A quién debo contactar en caso de tener preguntas sobre este aviso o sobre mis derechos respecto a mi PHI?</b>	<p>Si tiene alguna pregunta acerca de este aviso, puede comunicarse con el funcionario encargado de privacidad de DSHS en <a href="mailto:DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov">DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov</a> o llamando al (360) 902-8278.</p>
<b>¿Cómo puedo reportar una violación a mis derechos de privacidad de PHI?</b>	<p>Si cree que sus derechos de privacidad en lo referente a su PHI han sido violados, puede presentar una queja ante:</p> <p>DSHS Privacy Officer, Department of Social and Health Services, PO Box 45115, Olympia WA 98504-5115 o por correo electrónico a la dirección <a href="mailto:DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov">DSHSPrivacyOfficer@dshs.wa.gov</a>. Si presenta una queja, DSHS no cambiará ni detendrá sus servicios y no podrá tomar represalias en su contra.</p> <p><b>O</b></p> <p>Presente su queja en línea en: <a href="https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf">https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf</a> 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 ante el DSHS debe hacerse dentro de un plazo de 180 días a partir de la presunta violación de privacidad.</p>



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE DSHS PARA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL  
Vigente al 23 de septiembre de 2013

**Reconocimientos**  
**Acknowledgement**

(Necesarios cuando DSHS proporcione tratamiento directo de atención médica)

NOMBRE DEL CLIENTE		FECHA DE NACIMIENTO DEL CLIENTE	
<p><b>He recibido una copia del aviso de privacidad de DSHS y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre cómo DSHS usará y compartirá mi información médica personal.</b></p>			
FIRMA DEL CLIENTE O REPRESENTANTE PERSONAL		FECHA	
<b>FOR DSHS USE ONLY</b>			
<b>To be completed if <u>unable</u> to obtain signature of client or personal representative.</b>			
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)		ADMINISTRATION/DIVISION	
STAFF'S SIGNATURE			DATE