

Servicios Humanos del Condado de Anoka

Aviso sobre prácticas de privacidad

Vigente: Julio de 2017

Usted tiene derechos de privacidad en virtud de la Ley de Prácticas sobre la Información del Gobierno de Minnesota y posible la Ley Federal de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) y otras leyes federal. Estas leyes protegen su privacidad, pero también nos permiten dar información sobre usted a otros si se nos requiere. Es posible que le informemos antes de dar la información.

Este aviso describe cómo la información médica y otra información privada sobre usted puede ser usada y divulgada, y cómo usted puede obtener esta información. Léalo detenidamente.

¿Por qué solicitamos esta información?

Para distinguirlo de otras personas con el mismo nombre o uno similar.

Para tomar una decisión con respecto a si usted puede recibir servicios de parte nuestra, y qué o cuánto puede obtener.

Para ayudarle a obtener servicios médicos, sociales o de salud mental.

Para tomar una decisión con respecto a si usted puede pagar por alguna ayuda que usted obtenga.

Para preparar informes, hacer investigaciones, hacer auditorías y evaluar nuestros programas.

Para investigar las denuncias de personas que podrían mentir sobre la ayuda que necesitan.

Para tomar una decisión con respecto a la atención fuera del hogar y la atención en el hogar para usted o sus hijos.

Para tomar una decisión con respecto a si usted o su familia necesitan servicios de protección.

Para hacer gestiones de cobro a otros organismos, como las compañías de seguros, si éstos deben pagar por la atención.

Para hacer gestiones de cobro al gobierno estatal o federal por la ayuda que le brindamos.

Para utilizar la información en procedimientos judiciales o administrativos.

¿Por qué le pedimos su número de Seguro Social?

Podríamos necesitar su número de Seguro Social (SSN) para brindarle asistencia médica, algunos tipos de ayuda financiera o servicios de manutención de menores (42CFR 435.910 [2006] Estado de Minnesota §256D.03 subd. 3(h); Estado de Minnesota §256L.04 subd. 1a; 45 CFR 205.52 [2001]; 42 USC 666; 45 CFR 303.30 [2001]). También necesitamos su número de Seguro Social para verificar la identidad y evitar la duplicación de beneficios estatales y federales. Además, su número de Seguro Social es utilizado para llevar a cabo correspondencias de datos informáticos con los organismos de colaboración, sin fines de lucro y privados, para verificar los ingresos, recursos u otra información que pueda afectar su elegibilidad y/o beneficios.

Usted no tiene que darnos el número de Seguro Social:

Para las personas en su hogar que no están solicitando cobertura.

Si tiene objeciones religiosas.

Si usted no es un ciudadano estadounidense y está solicitando asistencia médica de emergencia únicamente.

Si usted es un extranjero residiendo en los EE. UU. de forma temporal y no tiene permiso de Servicios de Inmigración y Ciudadanía de los EE. UU. (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) para vivir permanentemente en los EE. UU.

Si usted está viviendo en los EE. UU. sin el conocimiento o la aprobación del USCIS.

¿Está usted obligado a responder a las preguntas que hacemos?

Usted no tiene que darnos su información personal. Sin la información, es posible que no podamos brindarle ayuda. Si usted nos provee información incorrecta a propósito puede ser investigado y acusado de fraude.

¿Con quién podemos compartir información?

Solo compartiremos su información según sea necesario y conforme lo permitido o exigido por la ley. Podemos compartir su información con los siguientes organismos o personas que necesitan la información para realizar sus labores:

Empleados o voluntarios de otros organismos colaboradores sin fines de lucro y privados, tanto estatales, federales, locales como del condado.

Investigadores, auditores y otras personas que hacen evaluaciones y estudios sobre la calidad de la atención o inician juicios o acciones legales relacionadas con la gestión de los programas de servicios humanos.

Funcionarios del tribunal, abogados del condado, fiscales generales, otros funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, funcionarios de manutención y protección de menores e investigadores de fraude.

Funcionarios de servicios humanos, incluidas las oficinas de manutención de menores.

Organismos gubernamentales de otros estados y el gobierno federal que administra los programas de beneficios públicos.

Proveedores de atención médica, incluidos los organismos de salud mental y los centros de tratamiento de drogas y alcohol.

Compañías de seguro de salud, los organismos de atención médica, las organizaciones de gestión de la atención médica y otras personas que pagan por su atención.

Tutores, colaboradores o personas con poder de representación, incluidas las personas Ombuds.

Médicos forenses y los investigadores médicos si fallece y se investiga su muerte.

Tribus americanas nativas

Agencias de crédito, acreedores o agencias de cobro si usted no paga los cargos que nos adeude por servicios prestados.

Cualquier otra persona a quien la ley dice que debe o puede dar la información.

Podemos revelar su información de salud a un servicio de localización de expedientes. Esto puede ayudar a los proveedores de atención médica encontrar los planes de salud y a otros proveedores de atención médica que tienen información sobre su salud. El proveedor de atención médica puede obtener esa información para ayudar a tomar mejores decisiones sobre su tratamiento. Si prefiere no ser incluido en el servicio de localización de expedientes, usted puede “excluirse” poniéndose en contacto con el servicio de atención al público de la oficina de Intercambio de Información de Salud de Minnesota al (888) 329-5270 (voz), (888) 303-1012 (fax) o al (888) 341-4487 (TTY).

¿Cuáles son sus derechos con respecto a la información que tenemos sobre usted?

Usted y las personas que usted ha autorizado pueden ver y copiar la información médica o de otro tipo privada que tenemos sobre usted. Es posible que tenga que pagar por las copias.

Usted puede cuestionar si la información que tenemos sobre usted es correcta. Envíe sus inquietudes por escrito y díganos por qué la información es incorrecta o está incompleta. Envíe su propia explicación sobre la información con la que no está de acuerdo. Adjuntaremos su explicación en cualquier momento en que la información es compartida con otro organismo.

Usted tiene el derecho de solicitar por escrito que se comparta información de salud con usted de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede solicitar que le enviemos información de salud a su dirección de trabajo en lugar de a su casa. Si consideramos que su petición es razonable, lo concederemos.

Usted tiene derecho a pedirnos que se limite o restrinja la forma en que usamos o divulgamos su información, pero no estamos obligados a acceder a esta petición.

Usted tiene el derecho de obtener un registro de algunas de las personas u organizaciones con las que hemos compartido su información. Este expediente se inició el 14 de abril de 2003. Usted solicita esto por escrito a nuestro Funcionario de Privacidad que figura más adelante.

Si usted no entiende la información, pídale a su trabajador que se la explique. Usted puede pedirle a su trabajador otra copia de este aviso.

¿Cuáles son nuestras responsabilidades?

Debemos proteger la privacidad de su información médica y otra información privada de conformidad con los términos de este aviso.

No podemos utilizar su información por motivos que no sean los motivos enumerados en este formulario ni compartir su información con personas y organismos

distintos a los enumerados en este formulario a menos que usted nos diga por escrito que podemos. Debemos observar los términos de este aviso; sin embargo, podemos modificar nuestra política de privacidad porque las leyes de privacidad son modificadas. Publicaremos los cambios sobre nuestras normas de privacidad en nuestro sitio web en: www.anokacounty.us/hipaa

¿Qué derechos de privacidad tienen los niños?

Si usted es menor de 18 años, cuando el consentimiento de los padres para el tratamiento médico no es requerido, la información no se mostrará a los padres a menos que el proveedor de atención médica considere que el no compartir la información pondría en riesgo su salud. Los padres pueden ver otra información acerca de usted y dejar que otros vean esta información a menos que usted haya solicitado que la información no sea compartida con sus padres. Debe solicitar esto por escrito y decir qué información no desea que sea compartida y el motivo. Si el organismo está de acuerdo en que el compartir la información no es en su beneficio, la información no será compartida con sus padres. Si el organismo no está de acuerdo, la información puede ser compartida con sus padres, si éstos lo solicitan.

¿Qué sucede si usted cree que sus derechos de privacidad han sido infringidos?

Usted puede presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad han sido infringidos. No se le pueden negar servicios o ser tratado mal porque ha presentado una queja. Si usted cree que su privacidad médica fue infringida por su médico o clínica, una compañía de seguros de salud, un plan de salud o una farmacia, puede enviar una queja por escrito a nuestro organismo, el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota o a la oficina federal de derechos civiles en:

US Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights, Region V
233 N. Michigan Ave., Suite 240
Chicago, IL 60601
(312) 886-2359 (voz) o
línea gratuita (800) 368-1019 o (866) 282-0659,
(312) 353-5693 (TTY) o (312) 886-1807 (fax)
Minnesota Department of Human Services
Attn: Privacy Official
PO Box 64998
St. Paul, MN 55164
(651) 431-4930
Anoka County Human Services
Privacy Official
2100 3rd Avenue, Government Center
(763) 324-1640

Acuso recibo del presente Aviso sobre prácticas de privacidad

Firma: _____

Fecha: _____

Relación con el cliente: _____

La ley de Minnesota exige que este aviso sea dado cada vez que el Condado de Anoka solicite que proporcione información sobre usted. Si desea renunciar a la recepción de dicho aviso, sírvase a firmar aquí: ____ Fecha: _____