

# Aviso de Prácticas de Privacidad

DCF-2236S  
04/03 (Nuevo)

Este aviso describe cómo se podrá usar y revelar su información médica y cómo usted puede obtener acceso a esta información.

Por favor revise cuidadosamente este aviso.



El Departamento de Niños y Familias (DCF) tiene la obligación federal de mantener la privacidad de su información médica y desea que usted sepa sobre las prácticas del DCF para proteger su información médica. DCF está obligado a seguir los términos de este aviso. Esta información que mantiene DCF puede provenir de cualquiera de los proveedores que usted vea mientras sea cliente de DCF. La información que recaba y mantiene DCF es conocida como Información médica protegida o PHI, en inglés. DCF no usará ni revelará su PHI sin su autorización, excepto como se describe en este aviso.

DCF se reserva el derecho a cambiar sus prácticas y a generar nuevas estipulaciones vigentes para toda la información médica protegida que mantiene. En caso de que cambien las prácticas de información de DCF, éste enmendará el aviso y lo divulgará sobre pedido o después de la nueva fecha de vigencia del aviso. Este aviso entra en vigencia a partir del 14 de abril de 2003.

<b>Definiciones</b>	<b>Persona:</b> se refiere a la persona sujeto de la información médica protegida.	<b>Tratamiento:</b> es la provisión, coordinación o administración de atención médica y servicios relacionados de uno o más proveedores de atención médica.
	<b>Información médica protegida:</b> significa la información individual identificable mantenida o transmitida de cualquier manera.	<b>Pago:</b> consiste en las actividades emprendidas por un plan de salud o proveedor de atención médica para obtener o proporcionar un reembolso por la atención médica.
<b>Usos y revelaciones</b>	<b>Autorización:</b> es el permiso otorgado por el paciente o por el tutor del paciente para usar o revelar la información médica protegida para otros fines que no sean operaciones de atención médica; p.ej.: Exámenes de VIH y pruebas de abuso de sustancias.	<b>Operaciones de atención médica:</b> consiste en las actividades administrativas, financieras y legales que respaldan las funciones esenciales de tratamiento y pago.
	<b>Su PHI se usa principalmente para:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento: se comparte con otro médico para ese tratamiento</li><li>• Pago; p.ej.: a una farmacia por medicamentos</li><li>• Operaciones de atención médica: los esfuerzos internos de calidad de DCF</li><li>• Recordatorios a usted de citas para tratamientos o conferencias de plan de tratamiento o para proporcionarle información de interés sobre su tratamiento o su salud.</li></ul>	<b>Las revelaciones permitidas de su PHI pueden incluir lo siguiente:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Abuso o negligencia y procedimientos judiciales asociados</li><li>• Investigación médica</li><li>• Aplicación de la ley</li><li>• Joven adjudicado</li><li>• Salud pública</li><li>• Notificación a un familiar o tutor de dónde está y sus condiciones.</li></ul>

## ¿Cuáles son sus derechos?

Usted (o su padre o tutor) tiene derecho a:

- Solicitar por escrito las restricciones para ciertos usos y revelaciones de su información médica protegida. DCF se reserva el derecho a rechazar las restricciones.
- Recibir comunicaciones confidenciales de la PHI por algún método alterno; p.ej.: avisos por correo electrónico.
- Inspeccionar y hacer copias de su expediente médico, solamente solicitado por escrito.
- Solicitar enmiendas a su PHI.
- Recibir una revelación contable de DCF sobre su PHI.
- Recibir una copia impresa de este aviso sobre pedido.
- Revocar, por escrito, una autorización en cualquier momento.

## ¿Cómo puedo reportar un problema?

Si le parece que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja por escrito a la Oficina de privacidad de DCF, en 505 Hudson Street, Hartford, CT 06106 o al Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS). No habrá represalias por presentar una queja.

## ¿Desea más información?

Si tiene alguna pregunta y desea más información, usted puede comunicarse con la **Oficina de Privacidad de DCF al 1-866-360-1734**.

Entiendo que mi expediente está protegido bajo los reglamentos federales contenidos en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA), Ley pública 104-191.

También entiendo que puedo restringir o prohibir ciertos usos y revelaciones en cualquier momento, excepto hasta el grado en que se hayan dado pasos basados en información previamente revelada.

Firma del cliente o paciente: \_\_\_\_\_  
(o representante autorizado cuando sea requerido)

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

Firma del trabajador de DCF: \_\_\_\_\_  
(confirmación de que el cliente recibió una copia del aviso)

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