

**División de Asistencia Médica de Carolina del Norte (DMA)
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Fecha efectiva original: 14 de abril del 2003

Fecha efectiva revisada: 20 de septiembre del 2013

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED PODRÁ SER
UTILIZADA, DIVULGADA Y COMO PUEDE OBTENERLA.**

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

(Puede solicitar copias con el oficial de privacidad del DMA mencionado al final del aviso.)

SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD - NUESTRAS RESPONSABILIDADES

La División de Asistencia Médica de Carolina del Norte (DMA) administra el plan de salud de Medicaid de Carolina del Norte y el de NC Health Choice para Menores. Cada uno de estos planes de salud tiene diferentes requerimientos de elegibilidad. Los procesos de estos planes de salud se están integrando lo más posible. Esta Notificación de prácticas de privacidad se aplica a la División de Asistencia Médica y también al uso y divulgación de información de los beneficiarios de ambos programas. Es requerido por la ley que DMA, recolecte, mantenga la privacidad, proteja la información de salud, y provea a los beneficiarios una notificación de sus deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de su salud. Esta *notificación* describe como DMA puede utilizar y compartir su información de salud y explica sus derechos de privacidad. DMA debe cumplir con los términos de esta notificación que actualmente está en efecto. Sin embargo, DMA se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad y los términos de esta notificación y crear nuevas estipulaciones con respecto a toda la información médica que mantiene. Una revisión será enviada a usted con la dirección de Internet donde podrá encontrar la nueva *notificación* e instrucciones sobre como recibir su copia impresa. DMA no cambiará sus prácticas de privacidad sin antes notificarle los cambios, a menos que el cambio sea requerido por ley.

Cuando fue aprobado para obtener la cobertura de seguro médico, el departamento de Servicios Sociales del condado envió su información médica a DMA para que pueda pagar por su cuidado de salud. Esta información incluye su nombre, dirección, fecha de nacimiento, número telefónico, número de seguro social, número de Medicare (de ser aplicable) e información de póliza de seguro médico. También puede ser que se haya incluido información sobre su condición de salud. Cuando sus proveedores médicos envíen una factura a DMA para obtener pago, la factura incluirá diagnóstico, tratamiento y suministros médicos que haya recibido. Para ciertos tratamientos, su proveedor deberá enviar información adicional tal como la declaración médica, rayos X y resultados de pruebas de laboratorio.

Si en cualquier momento tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de la póliza, agencia, procedimientos o prácticas, usted puede contactar al oficial de privacidad de DMA. (Vea información de contacto al final de este aviso).

USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA SIN AUTORIZACIÓN

DMA desempeña algunas funciones a través de contratos con otras agencias tales como su departamento de servicios sociales del condado, que a través de sus contratistas privados y otras entidades que procesan sus facturas médicas. Cuando se contraten estos servicios, DMA deberá compartir la información necesaria con los contratistas para que puedan desempeñar el trabajo que DMA les ha solicitado realizar.

Para resguardar su información de salud aún más, DMA únicamente revelará su información tras asegurarse por escrito que los contratistas y otras entidades protegerán su información de la misma manera que DMA. Ellos acuerdan usar su información de manera apropiada y como lo requiere la ley. DMA podrá usar o divulgar su información confidencial médica para proveerle servicios de salud y **PARA:**

Pago: DMA podrá usar o divulgar su información médica para el pago o en funciones relacionadas con este.

(EJEMPLO 1: Para poder pagar la factura del proveedor médico, los contratistas y entidades que procesan los pagos deberán tener suficiente información médica sobre usted para verificar y pagar por los servicios recibidos. EJEMPLO 2: Para determinar si su tratamiento médico es necesario y es cubierto por Medicaid de Carolina del Norte o NC Health Choice, DMA podrá divulgar su información médica a otros profesionales médicos).

Tratamiento: Información sobre su salud y servicios que ha recibido también podrían ser revelados a su doctor para ayudarle a coordinar su cuidado y tratamiento. **(EJEMPLO: DMA podrá proveer una lista de las medicinas que ha recibido a sus médicos, para que puedan considerarles cuando le prescriban medicamentos adicionales).**

Procedimientos de cuidados de salud: DMA podrá usar o divulgar su información de salud confidencial para desempeñar distintas actividades a las cuales le llamamos procedimientos de cuidado de salud. Los procedimientos aseguran que usted reciba un cuidado de calidad; que Medicaid de Carolina del Norte y NC Health Choice administre eficazmente y ha cobrado de manera apropiada por todos los servicios que ha recibido y que sus proveedores médicos han sido pagados con puntualidad. **(EJEMPLO: Podremos contratar a una compañía privada para revisar el cuidado y servicio que nuestros clientes han recibido y asegurarnos que un doctor o agencia de servicio médico le ha provisto cuidados de calidad).** Otros “procedimientos” que puedan requerir que su información médica sea compartida incluyen aspectos tales como:

- Revisar y evaluar las habilidades, credenciales y desempeño de proveedores médicos que le estén cuidando;
- Mejorar la calidad de su cuidado a través de procesos tales como identificar grupos de individuos con necesidades especiales;
- Proveer programas de entrenamiento para estudiantes, personas en entrenamiento, personal profesional y no profesional que bajo supervisión puedan usar las habilidades que han aprendido;
- Proveer información a agencias de certificación y concesión de licencias para que el personal pueda cumplir con sus requerimientos profesionales;
- Planear futuras operaciones del DMA ;
- Mejorar las investigaciones conducidas por la administración cuando un miembro del personal del DMA presente una queja o protesta de un problema en particular;
- Proveer información sobre a otros planes de salud y a otras agencias federales para determinar si usted está cubierto por esas agencias;
- Participar en mediaciones, audiencias, apelaciones o revisiones en relación a servicios de Medicaid de Carolina del Norte o NC Health Choice;
- Cumplir con leyes o regulaciones estatales o federales; y
- Administrar los planes de salud de Medicaid de Carolina del Norte y NC Health Choice.

Otras Circunstancias: En estas circunstancias, DMA tiene permitido o tiene requerido usar o divulgar información médica confidencial sin su autorización por escrito.

- Cuando se requiera por ley;
- Para actividades de salud pública (ejemplo, divulgar información a las autoridades de salud pública para reportar el brote de una enfermedad transmisible);
- En relación de víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica;
- Para actividades de supervisión médica realizadas por agencias estatales o federales;
- Con propósitos de aplicación de la ley a menos que se prohíba por leyes estatales o federales;
- Para procedimientos judiciales y administrativos tales como órdenes de corte o aparecer en corte;
- Relacionado a la donación de órganos, ojos o tejidos;
- Para evitar una amenaza seria a la salud o seguridad de una persona o del público;
- Relacionados a actividades gubernamentales especializadas, tales como la seguridad nacional;
- Para cuestiones de compensación laboral;
- Para cooperar con otras agencias gubernamentales y otras organizaciones que conduzcan actividades de supervisión de salud por propósitos permitidos bajo la ley federal;
- Cumplir con órdenes de corte, citaciones, órdenes administrativas y demandas relacionadas a la administración de Medicaid de Carolina del Norte o NC Health Choice;
- Proveer información con propósitos de investigación con la necesaria aprobación de la Junta de Revisión Institucional.

Leyes más rigurosas

DMA evaluará si su información médica protegida está gobernada por leyes más rigurosas o regulaciones antes de nuestro uso o revelación. Hay otras leyes y reglas más rigurosas, tal como la ley federal de regulación de la

confidencialidad de abuso de sustancias, los estatutos de confidencialidad de salud mental en Carolina del Norte, las provisiones de confidencialidad de salud pública en Carolina del Norte, y los estatutos de consentimientos de menores estatal, estatus gobernante (ejemplo, emancipación, estado marital, etc.) o tipo de tratamiento (aborto, enfermedad venérea, anticonceptivos, etc.) que podrán afectar como manejamos su información.

Contactándole

DMA le contactará personalmente para mantenerle informado, al igual que proveer recordatorios de citas u otras oportunidades de tratamiento cuando sea necesario o esté disponible bajo ciertas agencias seleccionadas de programas de beneficios públicos.

SUS DERECHOS EN RELACIÓN A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Los beneficiarios de Medicaid de Carolina del Norte y NC Health Choice tienen ciertos derechos en relación a su información médica protegida. A menos que se indique lo contrario, por favor contacte al personal de DMA u oficial de privacidad de DMA para solicitar las siguientes acciones:

USTED TIENE DERECHO A:

- **Recibir una copia de este Aviso:** Usted tiene el derecho de una copia impresa de este aviso al ser solicitado. Usted también podrá obtener una copia de este aviso al visitar la página de Internet de DMA: <http://www.dhhs.state.nc.us/dma/medicaid/rights.htm> (presione en el enlace bajo "Privacidad") o <http://www.ncdhhs.gov/dma/healthchoice/revrequest.htm> (presione en el "Quick Link" del Aviso de Prácticas de Privacidad en la izquierda)
- **Solicitar comunicaciones confidenciales:** Usted tiene el derecho a solicitar que DMA se comunique con usted de cierta manera o en cierta locación, tal como llamarle en su trabajo en vez de su domicilio.
- **Inspeccionar y copiar:** Usted tiene el derecho de solicitar por escrito para ver sus registros y obtener una copia dentro de 30 días bajo una cuota razonable. Hay algunas excepciones a este derecho tal como acciones de corte pendientes. Si este derecho es rechazado, usted será notificado por escrito la razón por la cual se ha negado y usted tiene el derecho de solicitar la revisión de la negación.
- **Solicitar enmiendas:** Usted tiene el derecho de solicitar por escrito que porción de sus registros de DMA puede ser corregido cuando usted crea que la información es incorrecta o incompleta. Podremos negar su solicitud si la información no ha sido creada por DMA o si creemos que la información es correcta. Usted podrá enviar una petición de desacuerdo que estará incluida en futuras declaraciones si usted solicita estos registros.
- **Declaración de contabilidad:** Usted tiene el derecho de solicitar por escrito y recibir una lista de ciertas declaraciones de su información médica protegida realizada después del 14 de abril del 2003. Excepciones de esta lista incluyen ciertas declaraciones en relación al tratamiento, pago u otras operaciones médicas o declaraciones permitidas bajo ciertas leyes, o declaraciones autorizadas por usted.
- **Solicitar restricciones de uso y declaración de su información médica protegida:** Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en la información que DMA utiliza o revela sobre usted. DMA no tiene requerido acordar con su restricción solicitada, pero considerará su solicitud y la posibilidad de acomodarla.
- **Presentar una queja:** Si usted cree que hemos violado sus derechos de privacidad, usted podrá contactar al oficial de privacidad de DMA (vea información de contacto o la agencia mencionada a continuación). Si usted envía/presenta una queja, no tomaremos ninguna acción adversa en contra de usted, cambiar su tratamiento o negarle tratamiento.

USO Y REVELACIÓN DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA QUE REQUIERE SU AUTORIZACIÓN

- DMA no utilizará, comunicará o revelará su información médica protegida sin su autorización con excepción a cuando sea permitido en las circunstancias mencionadas previamente. Otros usos y declaraciones podrán ser realizados únicamente con su autorización por escrito. Usted podrá cancelar dicha autorización al notificar al oficial de Privacidad de DMA. Provisto por CFR 164.508(b) (5). Se le solicitará que la fecha y firma en la sección de la revocación de su autorización original. Su autorización entonces será considerada inválida en dicho momento; sin embargo, cualquier acción que haya sido tomada antes de la autorización al momento en que canceló su autorización será legal y vinculante.

- Generalmente, un individuo considerado como su “representante personal” podrá autorizar declaraciones por usted hasta el momento en que cumpla 18 años de edad. Cuando usted tenga 18 años, únicamente usted podrá administrar sus beneficios médicos a menos que su representante personal actúe en su lugar. Sin embargo, si usted ha consentido a servicios de tratamiento en relación a la prevención, diagnóstico y tratamiento de cierta enfermedad incluyendo: enfermedades venéreas y otras enfermedades que deben ser reportadas al estado, embarazo, abuso de sustancias controladas o alcohol o perturbaciones emocionales, usted podrá tener el derecho de autorizar su declaración médica, inclusive siendo menor de edad.
- Para obtener información de los distritos escolares para pagar por sus servicios médicos relacionados, necesitamos su autorización. Por usted o por su representante personal firmando la solicitud de DMA para brindar su autorización al distrito escolar que provea servicios cubiertos por DMA para usted o sus hijo(s) para liberar la información de registros educacionales de usted o sus hijo(s) a DMA para realizar pagos por los servicios. La información que será liberada en cada momento de pago podrá incluir el nombre de usted o de su hijo(s), fecha de nacimiento, y el tipo y cantidad de servicios provistos. Su autorización es voluntaria y podrá ser retirada en cualquier momento al contactar al distrito escolar. Inclusive si usted retira su autorización, el distrito escolar le continuará brindando los servicios sin costo alguno.

DIRECCIÓN PARA QUEJAS

NC Department of Health and Human Services

DMA Privacy Official
2501 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-2501
(919) 855-4100

Secretary, US Department of Health & Human Services

También usted podrá enviar una queja escrita al secretario del departamento de salud y servicios humanos de los estados unidos. La información de contacto es:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
Atlanta Federal Center, Suite 3B70
61 Forsyth Street, S.W.
Atlanta, GA 30303-8909
Teléfono-voz: (404) 562-7886 FAX (404) 562-7881
TDD (404) 331-2867

CONTACTO PARA MÁS INFORMACIÓN

DMA Privacy Official
2501 Mail Service Center
Raleigh, NC 27699-2501
(919) 855-4100