



## MISSISSIPPI STATE DEPARTMENT OF HEALTH

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

---

**Fecha de vigencia original:** 29/05/2007

**Fecha de vigencia revisada:** 27/01/2021

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISE EL AVISO A CONTINUACIÓN DETENIDAMENTE.**

---

*Si necesita esta información en español, consulte con su proveedor del MSDH, llame al 1-866-458-4948 o comuníquese con su oficina local del MSDH. La información de contacto de las oficinas se encuentra en el sitio web de MSDH, [www.msdh.ms.gov](http://www.msdh.ms.gov).*

Por ley, se le exige al Departamento de Salud del Estado de Mississippi (Mississippi State Department of Health, **MSDH**) mantener la privacidad de su información médica protegida (**Protected Health Information, PHI**). El MSDH puede obtener PHI de usted cuando visita una de nuestras clínicas creando un historial de la atención y los servicios que recibe. La PHI puede incluir su nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de teléfono, número de Seguro Social e información médica. Esta información es parte de su historial médico que el MSDH almacena y archiva en una computadora. Por ley, se exige que el MSDH le facilite este Aviso de prácticas de privacidad (Aviso), que describe las obligaciones legales y prácticas de privacidad del MSDH con respecto a su PHI.

### **Cómo puede el MSDH usar o divulgar su información médica protegida**

El MSDH puede usar o compartir su PHI debido a muchas razones diferentes, incluyendo tanto prestarle atención integral y de calidad como cumplir requisitos estatales y federales. Para llevar a cabo estas tareas, el MSDH puede contratar servicios fuera de la agencia. Cuando esto ocurre, la ley y el MSDH exigen que esa empresa, denominada “socio comercial”, cumpla la ley tal como lo hace el MSDH y mantenga toda su PHI segura y privada.

### **El MSDH puede usar o divulgar su PHI para los siguientes propósitos:**

- 1. Tratamiento.** El MSDH puede usar o compartir su PHI para prestarle tratamiento o servicios de atención médica. El MSDH puede compartir su PHI de una clínica de un departamento de salud con otra, con médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de la salud u otro personal que esté involucrado en su atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita. Por ejemplo, una paciente del MSDH puede recibir atención prenatal en un departamento de salud local y luego dar a luz en un hospital del área. El historial médico de la paciente se enviaría al hospital correspondiente antes del parto para asegurar el mejor resultado médico tanto para la madre como para el niño.
- 2. Pago.** El MSDH puede usar o compartir su PHI para obtener el pago de los servicios que le prestamos. Por ejemplo, el MSDH puede compartir su PHI para reclamar y obtener el pago de su aseguradora médica u otra empresa que organice o pague el costo de parte o la totalidad de su atención médica para verificar que su pagador la

cubrirá. Si usted no es el titular de la póliza, tenga en cuenta que la aseguradora puede divulgar cierta información al titular de la póliza.

**3. Operaciones de atención médica.** El MSDH puede usar o compartir su PHI para nuestras propias operaciones de atención médica, que tanto incluyen administración y planificación internas como actividades diversas que mejoran la calidad y la rentabilidad de la atención que le prestamos. Por ejemplo, podemos usar su PHI para evaluar la calidad y competencia de nuestros médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud. Podemos compartir su PHI con nuestro personal administrativo para realizar revisiones médicas y evaluación de necesidades, así como para verificar el control de calidad de los servicios disponibles.

**4. Notificación y comunicación con la familia.** El MSDH puede usar o compartir su PHI para informarle a un familiar, su representante personal u otra persona responsable de su atención dónde se encuentra, su condición general o si fallece. Si usted tiene la capacidad y puede aceptar u objetar, el MSDH le dará la oportunidad de objetar antes de realizar esta notificación. Si usted no tiene la capacidad o no puede aceptar u objetar, o bien si se trata de una situación de emergencia o de socorro en caso de desastre, el MSDH utilizará su mejor criterio para informar a su familia y a otras personas. Si usted fallece, el MSDH puede divulgar a un familiar, un representante personal u otra persona que estuvo involucrada en su atención o en el pago de la atención médica antes de su muerte su PHI relevante para la participación de dicha persona, a menos que hacerlo sea inconsistente con cualquiera de sus preferencias expresadas con anterioridad que sean conocidas por el MSDH.

**5. Exigido por ley.** El MSDH puede usar o compartir su PHI cuando así lo exijan las leyes federales, estatales y locales, o bien mediante orden judicial.

**6. Actividades de salud pública.** Cuando la ley lo exija o lo permita, el MSDH puede usar o compartir su PHI para actividades de salud pública tales como las siguientes: prevenir o controlar enfermedades contagiosas, lesiones o discapacidades; informar nacimientos y fallecimientos; informar a la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) sobre problemas con productos y reacciones a medicamentos; y notificar la exposición a enfermedades o infecciones.

**7. Actividades de supervisión de la salud.** El MSDH puede usar o compartir su PHI con agencias de salud durante el curso de auditorías, investigaciones, inspecciones, acreditación y otros procedimientos.

**8. Procedimientos judiciales y administrativos.** El MSDH puede usar o compartir su PHI en el curso de cualquier procedimiento administrativo o judicial bajo ciertas circunstancias, tales como dar respuesta a órdenes o citaciones.

**9. Autoridades policiales y gubernamentales.** El MSDH puede usar o compartir su PHI con un funcionario policial o una autoridad gubernamental para propósitos tales como los siguientes: identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; cumplir con una orden judicial, citación o proceso similar; denunciar heridas, quemaduras o lesiones físicas sospechosas; denunciar maltrato, abandono o violencia doméstica infantil; y denunciar todo lo relacionado con la víctima de un delito.

**10. Información de personas fallecidas.** El MSDH puede usar o compartir su PHI con médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus obligaciones.

**11. Donación de órganos, ojos o tejidos.** El MSDH puede usar o compartir su PHI con organizaciones involucradas en la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos, ojos o tejidos.

**12. Investigación.** El MSDH puede usar o compartir su PHI con investigadores que realizan investigaciones que hayan sido aprobadas por el MSDH.

**13. Seguridad pública.** El MSDH puede usar o compartir su PHI con las personas apropiadas para prevenir o disminuir una amenaza seria e inminente a la salud o la seguridad de una persona en particular o del público en

general.

**14. Funciones gubernamentales especializadas.** El MSDH puede usar o compartir su PHI para diversos fines: militares, de seguridad nacional, instituciones penitenciarias, beneficios gubernamentales y otros propósitos gubernamentales especializados.

**15. Indemnización laboral.** El MSDH puede usar o compartir su PHI según sea necesario para cumplir con las leyes de indemnización laboral.

**16. Recordatorios de citas y beneficios relacionados con la salud.** El MSDH puede usar su PHI para facilitar recordatorios de citas o brindarle información sobre resultados de pruebas o alternativas de tratamiento. Por favor, háganos saber si no desea que nos comuniquemos con usted para este propósito o si desea que usemos una dirección o medios diferentes para comunicarnos con usted para dicho fin.

**17. Solo información sobre vacunación.** El MSDH puede compartir la PHI con fines de vacunación solo con el paciente, padre/madre, tutor legal, otro proveedor (privado o público), la escuela del paciente o la guardería del paciente.

### **Cuándo el MSDH no puede usar o divulgar su información médica**

La mayoría de los usos o divulgaciones de **notas de psicoterapia**, los usos o divulgaciones de PHI con **fines de mercadeo** y las divulgaciones que suponen la **venta de PHI** exigen la autorización de su parte por escrito.

Excepto para los fines descritos en este Aviso, el MSDH no usará ni compartirá su PHI sin su autorización por escrito. Si usted autoriza al MSDH a usar o compartir su PHI de otras formas que no se describen en este Aviso, puede retirar su autorización por escrito en cualquier momento. Sin embargo, esta revocación de su autorización no tendrá vigencia para la PHI que el MSDH haya usado o compartido antes de que usted retirara su autorización.

La ley exige que el MSDH le notifique a usted si hay una transgresión de su PHI no protegida.

### **Derechos y responsabilidades del paciente**

**1. Usted tiene derecho a solicitar restricciones y/o autorizaciones para ciertos usos y divulgaciones de su PHI.** Por ejemplo, puede solicitar que no se divulgue cualquier parte de su PHI a sus familiares u otras personas que puedan estar involucradas en su atención. El MSDH no tiene que estar de acuerdo con la(s) restricción(es) que usted solicita, a menos que se trate de comunicaciones con un plan médico por los servicios que pagó por su cuenta en su totalidad.

**2. Usted tiene derecho a que el MSDH se comunique con usted de forma confidencial, de cierta manera o en un lugar determinado.** Por ejemplo, tiene derecho a solicitar que le enviemos información a una dirección alternativa o por medios alternativos. El MSDH concederá su solicitud si es razonable y si usted cree que es necesaria para su seguridad. Se le informará con anticipación sobre cualquier tarifa o cargo por este proceso.

**3. Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su PHI.** El MSDH puede denegar esta solicitud en virtud de la ley federal en las siguientes situaciones: solicitudes de notas de psicoterapia; información compilada con anticipación razonable o para uso en una acción o procedimiento civil, penal o administrativo; y la PHI que está sujeta a leyes federales y/o estatales que prohíben el acceso. Además, las leyes estatales y federales protegen partes del historial médico de un menor de edad y no pondremos dichas partes a disposición del (de la) padre (madre) o tutor legal.

Si se concede la solicitud, es posible que se apliquen tarifas o cargos. El MSDH hará todo lo posible para minimizar el costo para el paciente.

**4. Usted tiene derecho a pedirle al MSDH que cambie la PHI en su historial que crea que no es correcta o no está completa.** Si cree que hay un error o que falta información importante, tiene derecho a solicitar que corrijamos la información existente o agreguemos la información que falta. Debe proporcionar la solicitud y el motivo de la solicitud por escrito. Responderemos en un plazo de sesenta (60) días posteriores a la recepción de su solicitud. Podemos denegar su solicitud por escrito si la PHI (a) es correcta y está completa, (b) no fue creada por nosotros, (c) no se permite su divulgación o (d) no forma parte de nuestros registros. Nuestra denegación por escrito indicará las razones de la denegación y explicará su derecho a presentar una declaración de desacuerdo con la denegación por escrito. Si no presenta una declaración de desacuerdo por escrito, tiene derecho a solicitar que su solicitud original y nuestra denegación se adjunten a todas las divulgaciones futuras de su PHI. Si aprobamos su solicitud, haremos los cambios en su PHI, le informaremos que lo hemos hecho y le informaremos a otras personas que necesiten saber sobre el cambio en su PHI.

**5. Usted tiene derecho a obtener una lista de las divulgaciones de su PHI realizadas por el MSDH,** excepto que el MSDH no tiene que incorporar divulgaciones para ciertos fines, incluyendo lo siguiente: tratamiento, pago, operaciones de atención médica, información que se le proporcionó, ciertas funciones gubernamentales y algunos otros fines limitados.

**6. Usted tiene el derecho a una copia impresa de este Aviso.** También puede obtener una copia de este Aviso en el sitio web del MDSH en [www.msdh.ms.gov](http://www.msdh.ms.gov).

#### **Cambios a este Aviso de prácticas de privacidad**

El MSDH se reserva el derecho de cambiar este Aviso en cualquier momento en el futuro y de hacer efectivas las nuevas disposiciones para toda la información que se conserva en los archivos, incluida la información que se creó o recibió antes de la fecha de dicho cambio. Hasta que se realice dicho cambio, el MSDH debe cumplir con lo estipulado en este Aviso. Si cambiamos este Aviso, publicaremos el nuevo aviso en áreas de espera y en nuestro sitio web en [www.msdh.ms.gov](http://www.msdh.ms.gov). Habrá copias disponibles si las solicita.

#### **Quejas**

Si cree que se han infringido sus derechos de privacidad descritos en este Aviso, puede enviar una queja a:

Director de privacidad  
Mississippi State Department of Health [Departamento de Salud del Estado de Mississippi]  
570 East Woodrow Wilson  
Suite O-450  
P.O. Box 1700  
Jackson, MS 39215-1700  
(601) 576-7874

También puede enviar una queja a:

Gerente regional  
Office for Civil Rights [Oficina de Derechos Civiles]  
U.S. Department of Health and Human Services [Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos]  
Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 16T70  
61 Forsyth Street, S.W.,  
Atlanta, GA 30303-8909  
Número gratuito: (800) 368-1019  
Dispositivo de telecomunicaciones para sordos: (800) 537-7697

Si presenta una queja, el MSDH no tomará represalias en su contra de ninguna manera.

### **Preguntas**

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o las prácticas de privacidad del MSDH, o si desea valerse de cualquiera de los derechos de privacidad explicados en este Aviso, por favor comuníquese con el director de privacidad del MSDH a la dirección o al número indicados anteriormente.

Para instrucciones sobre cómo obtener esta información en braille, otro idioma u otros formatos disponibles, consulte con su proveedor del MSDH, llame al 1-866-458-4948 o comuníquese con el departamento de salud local de su condado. Se puede encontrar la información de contacto de estas oficinas en el sitio web del MSDH en [www.msdh.ms.gov](http://www.msdh.ms.gov).

### **ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES:**

Se debe proporcionar o solicitar un Número de Seguro Social (SSN) para cada persona para quien se solicita asistencia. Los SSN se verificarán y utilizarán para comparaciones de datos federales y estatales, que incluyen, entre otros, el Seguro Social e inhabilitaciones del programa. Las leyes estatales y federales establecen multas, privación de la libertad o ambos para cualquier persona culpable de obtener asistencia a la que no tiene derecho al retener o dar información falsa de manera intencional. La información se puede verificar mediante contacto colateral cuando se encuentran discrepancias.

**Mississippi State Department of Health**  
**[Departamento de Salud del Estado de Mississippi]**

**ACUSE DE RECIBO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA  
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

---

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido un Aviso de prácticas de privacidad para información médica protegida del Departamento de Salud del Estado de Mississippi.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Nombre del representante personal (si firma en nombre del paciente) (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

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

- Paciente
  - Padre/Madre o tutor de pacientes menores de edad
  - Otro *(si no está firmado por el (la) padre (madre) o tutor de un paciente menor de edad, indique su relación con el paciente y proporcione la documentación requerida que confirme su autoridad para actuar en nombre del paciente)*
- 

**PARA QUE EL PROVEEDOR COMPLETE SOLO SI EL PACIENTE SE NIEGA A FIRMAR EL ACUSE:**

Se hizo un esfuerzo de buena fe por parte de \_\_\_\_\_ (nombre del proveedor) para obtener un Acuse de recibo por escrito del Aviso de prácticas de privacidad de \_\_\_\_\_ (nombre del paciente), pero él/ella (o su representante o tutor) se negó a firmar dicho acuse por la(s) siguiente(s) razón(es):

---

---

---

Nombre del representante del proveedor (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

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