

## AGENCIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES (APD)

### Aviso sobre prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELA DETENIDAMENTE.

**Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.** Este aviso se aplica a la información que tenemos acerca de su atención médica y los servicios que recibe a través de APD. APD está obligada por ley a notificarle nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad, sus derechos y a describir las formas en que podemos acceder, usar y divulgar su información protegida de salud. Debemos mantener la privacidad de la información de su salud y acatar los términos de este aviso.

**Sus derechos.** Cuando se trata de la información de su salud, usted tiene ciertos derechos. Usted tiene derecho a:

- **Obtener una copia de sus expedientes médicos.** Puede revisar u obtener una copia de sus expedientes médicos excepto notas de psicoterapia, información compilada como parte de un caso legal o que esté excluida por ley. APD puede imponer una tarifa razonable para copiar, suministrar, preparar y enviar por correo los expedientes solicitados.
- **Pídanos que corriamos o cambiemos la información de su salud si cree que es incorrecta o incompleta.** Pregúntenos cómo hacerlo. Podemos rechazar su solicitud, pero le informaremos por escrito en un plazo de 60 días.
- **Comunicaciones confidenciales.** Si nos pide que nos comuniquemos con usted de manera confidencial (por ejemplo, a un número de teléfono determinado, dirección de email o dirección postal designada) podemos conceder solicitudes razonables.
- **Pida a APD que limite la información de salud que usamos o compartimos.** No tenemos que estar de acuerdo si esto afectaría su atención. Si estamos de acuerdo, limitaremos la información a menos que sea necesario compartirla en una emergencia.
- **Obtenga una lista de aquellos con quienes APD ha compartido información de su salud.** Puede solicitar, por escrito, una lista de las horas en las que hemos compartido su información (“constancia”), con quién la compartimos y por qué se compartió, en los últimos 6 años, excepto cuando se utiliza para realizar su tratamiento, pagar su atención, operaciones de atención médica, divulgaciones que usted ha solicitado o prohibido por ley. Tiene derecho a una constancia gratuita por año.
- **Reciba una copia impresa de este aviso.** Tiene derecho a una copia impresa de este aviso.
- **Elija a alguien que lo represente.** Su tutor legal o alguien con un poder legal médico para que pueda tomar decisiones sobre la información de su salud.
- **Tiene derecho a presentar una queja.** Si cree que APD ha violado sus derechos, puede presentar una queja en nuestra oficina o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.

HIPAA Privacy Official  
Office of the General Counsel  
Agency for Persons with Disabilities  
4030 Esplanade Way, Suite 380  
Tallahassee, Florida 32399  
Teléfono: (850) 922-9512

Centralized Case Management Operation  
US Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW—Room 509F HHH Building  
Washington, DC 20201  
Teléfono: (800) 368-1019  
TDD gratis: (800) 537-7697 | Fax: (202) 619-3818  
[OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)

**Sus opciones.** Para cierta información de salud, usted puede decirnos su elección sobre lo que compartimos.

- **En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:** Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención. Compartamos información en una situación de ayuda por catástrofe. *Si no puede decirnos su preferencia, como en el caso que esté inconsciente o durante una emergencia, podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para*

*usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para atenuar una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.*

- **En estos casos nunca compartiremos su información, a menos que nos autorice por escrito:** Con fines de marketing o para vender su información.

**Nuestros usos y divulgaciones de su información protegida de salud.** APD está autorizada para usar o divulgar información de su salud para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Si usted es un solicitante o beneficiario de la exención de Medicaid de APD, APD utiliza información de su salud para determinar su elegibilidad para el programa de exención de Medicaid para el presupuesto de personas con discapacidades de desarrollo y determinar la asistencia que necesita para su atención. También la usamos para administrar el programa exención de Medicaid para el presupuesto de personas con discapacidades de desarrollo. Estos son algunos ejemplos de la manera en que generalmente accedemos, usamos y/o divulgamos la información de su salud: Compartimos información acerca de su diagnóstico y necesidades de atención para determinar su elegibilidad inicial o continua para el programa, así como para coordinar servicios de vida asistida y el ingreso a un centro de atención. Compartimos información para pagar productos y servicios de su atención médica, incluyendo programas federales y estatales de financiamiento como Medicaid. Se utiliza y se divulga a los miembros apropiados del personal de APD, asociados comerciales, voluntarios, así como a otras agencias gubernamentales involucradas en su tratamiento, pago de su atención, operaciones y supervisión de atención médica, incluyendo aquellos que evalúan el desempeño de las personas involucradas en su atención.

**¿De qué otra manera podemos usar o compartir información de su salud?** APD puede o debe compartir su información de otras maneras sin su autorización por escrito, generalmente de modo que ayude a la salud pública, la seguridad y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con estos fines. Ejemplos de otros momentos en los que podemos compartir su información son:

- Podemos divulgar información a un miembro de la familia o a otra persona, si es necesario, para ayudarlo en una emergencia.
- Informar una sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica, y prevenir o reducir amenazas hacia usted o la salud o seguridad de otra persona.
- Con otras agencias estatales o federales. Por ejemplo, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos, la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA), los Centros para el Control de Enfermedades (CDC), la Agencia de Administración de Atención Médica de Florida (AHCA), el Departamento de Niños y Familias de Florida (DCF), el Departamento de Salud de Florida (DOH) y otras agencias similares.
- Realizar investigaciones que beneficien a las personas con discapacidades del desarrollo y/ el programa Medicaid.
- Con organizaciones de obtención de órganos, un forense, médico legista, estadísticas vitales o un director de funeraria.
- Para reclamaciones de compensación legal por accidentes de trabajo, propósitos de cumplimiento de la ley, con agencias de supervisión de salud como se autoriza por ley, y para funciones tales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.
- En respuesta a una orden judicial o administrativa, o una citación judicial.
- Según lo requiera la ley federal o estatal, debemos usar o divulgar su información en la medida en que la ley lo exija.

**Otros usos y divulgaciones.** Otros usos y divulgaciones que no se describen en este aviso se harán solamente con su autorización por escrito. Si nos da una autorización por escrito, puede revocarla en cualquier momento.

**Nuestras responsabilidades.** Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información protegida de salud. Debemos acatar las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia. Estamos obligados a informarle rápidamente si ocurre una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de la información de su salud. No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera que la descrita en este aviso a menos que usted nos permita por escrito. Si nos dice que podemos hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento.

**Cambios a este aviso.** APD se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso; además, los cambios se aplican a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará en nuestro sitio web y le enviaremos una copia por correo.

**Información de contacto.** Si tiene alguna pregunta, solicitud o desea recibir una copia impresa de este aviso, comuníquese con la oficina de APD de su área al número de teléfono que aparece a continuación. Podemos pedirle que haga una solicitud por escrito. **Región del noroeste** (para los condados de Bay, Calhoun, Escambia, Franklin, Gadsden, Gulf, Holmes, Jackson, Jefferson, Leon, Liberty, Okaloosa, Santa Rosa, Wakulla, Walton y Washington) llame al (850) 487-1992; **región del noreste** (para los condados de Alachua, Baker, Bradford, Clay, Columbia, Dixie, Duval, Flagler, Gilchrist, Hamilton, Lafayette, Levy, Madison, Nassau, Putnam, St. Johns, Suwannee, Taylor, Union y Volusia) llame al (904) 992-2440; **región central** (para los condados de Brevard, Citrus, Hardee, Hernando, Highlands, Lake, Marion, Orange, Osceola, Polk, Seminole y Sumter) llame al (407) 245-0440; **región centro-occidental (Suncoast)** (para los condados de Charlotte, Collier, DeSoto, Glades, Hendry, Hillsborough, Lee, Manatee, Pasco, Pinellas y Sarasota) llame al (813) 233-4300; **región sudeste** (para los condados de Broward, Indian River, Martin, Okeechobee, Palm Beach y Saint Lucie) llame al (561) 837-5564; **región sur** (para los condados de Dade y Monroe) llame al (305) 349-1478; **Sunland Center** llame al (850) 482-9210; y **Tacachale Center** llame al (352) 955-5580

**Quién recibe este aviso sobre prácticas de privacidad.** APD envía este aviso a cada destinatario. Este aviso se aplica a todos los clientes atendidos por la agencia. Para cumplir con la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 o con la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades de 1990, comuníquese con el funcionario de Privacidad de HIPAA a la dirección que aparece en este aviso si desea recibir este aviso en un formato alternativo como Braille, en letra grande o audio.

APD OGC HIPAA Formulario #0000 (Fecha de vigencia: 11 de agosto de 2017)