

# **Aviso de prácticas de privacidad**

## **Departamento de Servicios Humanos de Georgia**

*Fecha: 01 de agosto de 2022*

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN PERSONAL Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA.**

**LEA CON ATENCIÓN ESTE AVISO.**

El Departamento de Servicios Humanos (DHS, en inglés) es una agencia del poder ejecutivo del gobierno de Georgia que se encarga de la administración de numerosos programas federales responsables del almacenamiento, uso y mantenimiento de información médica y otra información confidencial. Las leyes federales y estatales establecen requisitos estrictos para estos programas en cuanto al uso y la divulgación de información confidencial y protegida. El DHS está obligado a cumplir esas leyes como se indica a lo largo de este aviso.

Proteger su privacidad es muy importante para nosotros. Este aviso de prácticas de privacidad le informa acerca de nuestras obligaciones, la información que recopilamos, la forma en que el Departamento puede utilizar y divulgar su información, y sus derechos.

### **OBLIGACIONES DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS:**

El DHS está obligado por ley a:

- Mantener la privacidad de su información personal;
- Darle este aviso de nuestras obligaciones legales y de nuestras prácticas de privacidad con respecto a su información médica; y
- Seguir los términos de nuestro aviso vigente.

### **INFORMACIÓN QUE RECOPIAMOS:**

Recopilamos la información necesaria para verificar la identidad, condición de ciudadanía, residencia, ingresos y situación de encarcelamiento. Esta información incluye, pero no se limita a:

- Datos demográficos como nombre, dirección, número de teléfono, correo electrónico y edad;
- Datos sobre ingresos como el estado de declaración de impuestos, el estado civil, las personas a cargo de los impuestos, el empleador y los ingresos;
- Datos sobre la ciudadanía y la inmigración tales como el número del seguro social, el número de inmigrante residente y el estado de encarcelamiento; e
- Información médica como las discapacidades, cualquier cobertura de seguro médico y otra información necesaria para facilitar su solicitud de beneficios/servicios.

### **CÓMO PUEDE EL DHS UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN PERSONAL:**

El DHS recopila, utiliza, mantiene y comparte información personal (PII, en inglés). Recopilamos la PII durante su solicitud de beneficios y servicios. La información proporcionada está verificada y confirmada a través de diversas fuentes. A continuación se describen algunas formas en las que el DHS puede utilizar y revelar información personal que le identifique:

- Para determinar la elegibilidad; y
- Para la inscripción en los programas del DHS;

La PII que los clientes proporcionan al DHS se utiliza de manera deliberada para determinar la elegibilidad, aprobar, denegar o renovar las prestaciones de asistencia pública. La información se conserva con el fin de renovar los beneficios mediante la verificación de la elegibilidad, la negación de la agencia de asistencia y la aprobación en las decisiones de renovación. La información se comparte para llevar a cabo el propósito de los programas. No crearemos, recopilaremos, utilizaremos ni divulgaremos PII para ningún fin que no esté autorizado por la ley.

### **CÓMO PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR DHS INFORMACIÓN MÉDICA:**

A continuación se describen algunas formas en las que el DHS puede utilizar y divulgar información médica protegida que le identifique ("Información Médica"):

***Como lo establece la ley.*** El DHS divulgará Información Médica cuando así lo exija la legislación internacional, federal, estatal o local.

***Con fines de tratamiento.*** El DHS puede utilizar y divulgar Información Médica para su tratamiento y para proporcionarle servicios de atención médica relacionados con el tratamiento. Por ejemplo, el DHS puede revelar Información Médica a médicos, enfermeras, técnicos u otro personal que se encuentre involucrado en su atención médica y necesite la información para proporcionarle atención médica.

***Para el pago.*** El DHS puede utilizar y divulgar Información Médica para que el DHS u otros puedan facturar y recibir pagos relacionados con su atención, una compañía de seguros o un tercero por el tratamiento y los servicios que usted recibió. Por ejemplo, el DHS puede proporcionar la información de su plan de salud para que se pueda pagar el tratamiento.

***Personas implicadas en su cuidado o en el pago de su cuidado.*** Cuando sea apropiado, el DHS puede compartir Información Médica con una persona que esté involucrada en su cuidado médico o en el pago de su cuidado, como su familia o un amigo cercano. El DHS también puede notificar a su familia acerca de su ubicación o estado general o revelar dicha información a una entidad que ayude en las tareas de auxilio en caso de catástrofe.

***Investigación.*** En determinadas circunstancias, el DHS puede utilizar y divulgar Información Médica para la investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede consistir en comparar la salud de los pacientes que recibieron un tratamiento con los que recibieron otro, para la misma enfermedad. Antes de que el DHS utilice o divulgue información médica para la investigación, el proyecto pasará por un proceso de aprobación especial. Incluso sin una aprobación especial, el DHS puede permitir a los investigadores consultar los registros para ayudarles a identificar a los pacientes que pueden ser incluidos en su proyecto de investigación o para otros fines similares, siempre y cuando no retiren o se lleven una copia de cualquier Información Médica.

***Socios comerciales.*** El DHS puede revelar Información Médica a nuestros asociados comerciales que realizan operaciones en nuestro nombre o nos proporcionan servicios si la información es necesaria para dichas operaciones o servicios. Por ejemplo, el DHS puede utilizar los servicios de una entidad independiente para realizar servicios de informática. Todos los asociados comerciales del DHS se encuentran obligados a proteger la privacidad de su información y no se les permite utilizar o divulgar ninguna información que no se encuentre especificada en nuestro contrato.

***Reclusos o individuos bajo custodia.*** Si usted es un recluso de una institución penitenciaria o está bajo la custodia de un agente de la ley, el DHS puede divulgar la Información Médica a la institución penitenciaria o al agente de la ley. Esta divulgación se haría si fuera necesario: (1) para que la institución le proporcione atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad de la institución correccional.

**LOS USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN QUE EL DHS LE BRINDE LA OPORTUNIDAD DE OBJETAR Y OPTAR POR NO HACERLO:**

*Personas implicadas en su cuidado o en el pago de su cuidado.* A menos que usted se oponga, el DHS puede revelar a un miembro de su familia, a un pariente, a un amigo cercano o a cualquier otra persona que usted identifique, su Información Médica que esté relacionada de forma directa con la participación de esa persona en su cuidado médico. Si usted no puede aceptar u objetar dicha divulgación, el DHS puede divulgar dicha información según sea necesario si se determina que es para su beneficio basado en el juicio profesional del DHS.

**SE REQUIERE SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO PARA OTROS USOS Y DIVULGACIONES:**

Los siguientes usos y divulgaciones de su Información Médica se realizarán solo con su autorización por escrito:

1. Usos y divulgaciones de Información Médica con fines de marketing; y
2. Divulgaciones que constituyen una venta de su Información Médica.

Es necesario contar con su permiso por escrito antes de compartir su historial médico por cualquier otro motivo no autorizado por la ley. Si usted le proporciona una autorización por escrito al DHS, puede revocarla en cualquier momento si presenta una revocación por escrito al Oficial de Privacidad a través de la información de contacto que figura debajo. Al recibirla, el DHS dejará de divulgar la Información Médica conforme a la autorización. Sin embargo, la revocación no afectará a las divulgaciones realizadas de acuerdo con su autorización antes de que la haya revocado.

**SUS DERECHOS:**

Usted tiene los siguientes derechos en relación con la información que el DHS tiene sobre usted:

*Derecho a inspeccionar y hacer copias.* Tiene derecho a inspeccionar y hacer copias de la Información Médica que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre su cuidado o el pago de su cuidado. Esto incluye los registros médicos y de facturación, que no sean notas de psicoterapia. Para inspeccionar y obtener una copia de esta Información Médica, debe presentar su solicitud, por escrito, al Oficial de Privacidad mencionado más abajo. El DHS tiene hasta 30 días para poner a su disposición su Información Médica y el DHS puede cobrarle una tarifa razonable por los costos de las copias, el envío por correo u otros suministros relacionados con su solicitud. El DHS no puede cobrarle una tasa si necesita la información para una solicitud de prestaciones en virtud de la Ley de la Seguridad Social o de cualquier otro programa estatal o federal de prestaciones basadas en las necesidades. El DHS puede denegar su solicitud en determinadas circunstancias limitadas. Si el DHS deniega su solicitud, usted tiene derecho a que la denegación sea revisada por un profesional de la salud autorizado que no haya participado de forma directa en la denegación de su solicitud, y el DHS cumplirá con el resultado de la revisión.

*Derecho a una copia electrónica de los registros médicos electrónicos.* Si su Información Médica se mantiene en formato electrónico (conocido como expediente médico electrónico o historia clínica electrónica), tiene derecho a solicitar que se le entregue una copia electrónica de su expediente o que se transmita a otra persona o entidad. El DHS hará todo lo posible para proporcionar acceso a su Información Médica en la forma o formato que usted solicite, si es que se puede producir con facilidad en dicha forma o formato. Si la Información Médica no puede producirse con facilidad en la forma o el formato que usted solicita, su registro se proporcionará en nuestro formato electrónico estándar. Si no desea esta forma o formato, se le facilitará una copia impresa legible. El DHS puede cobrarle una tarifa razonable basada en el costo por la mano de obra asociada a la transmisión de la historia clínica electrónica.

***Derecho a ser notificado de una infracción.*** Tiene derecho a ser notificado en caso de que se produzca una infracción respecto a su Información Médica Protegida no asegurada.

***Derecho de enmienda.*** Si cree que el DHS tiene información incorrecta o incompleta sobre usted, puede solicitar al DHS que modifique la información. Tiene derecho a solicitar una modificación mientras la información se conserve en nuestra oficina o para ella. Para realizar cambios, puede acceder a su portal de usuario, ponerse en contacto con el servicio de atención al cliente del programa solicitado, ponerse en contacto con el gestor de su caso o realizar su solicitud, por escrito, al Oficial de Privacidad mencionado a continuación. Le recomendamos que revise su información de forma regular para asegurarse de que es correcta.

***Derecho a un recuento de las divulgaciones.*** Usted tiene el derecho de solicitar una lista de ciertas divulgaciones que el DHS hizo de Información Médica para propósitos diferentes al tratamiento, pago y operaciones de atención médica o para las cuales usted proporcionó una autorización por escrito. Para solicitar un recuento de las divulgaciones, debe presentar su solicitud, por escrito, al Oficial de Privacidad.

***Derecho a solicitar restricciones.*** Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la Información Médica que el DHS utiliza o divulga para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar que se limite la información médica que el DHS divulga a alguien que participe en su cuidado o en el pago de su atención, como un familiar o amigo. Por ejemplo, puede pedir que el DHS no comparta información sobre un determinado diagnóstico o tratamiento con su cónyuge. Para solicitar una restricción, debe hacer su petición, por escrito, al Oficial de Privacidad. El DHS no está obligado a aceptar su petición a menos que usted solicite que el DHS restrinja el uso y la divulgación de su Información Médica a un plan de salud con fines de pago o de operación de atención médica y dicha información que usted desea restringir se refiera únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el que usted haya pagado "de su bolsillo" en su totalidad. Si el DHS está de acuerdo, aceptaremos su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia.

***Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.*** Tiene derecho a solicitar que el DHS se comunique con usted sobre asuntos médicos de una manera determinada o en un lugar concreto. Por ejemplo, puede pedir que el DHS sólo se ponga en contacto con usted por correo o en su trabajo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer su petición, por escrito, al Oficial de Privacidad. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. El DHS tendrá en cuenta las solicitudes razonables.

***Derecho a una copia en papel de este aviso.*** Tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso. Puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Aunque haya aceptado recibir este aviso por vía electrónica, tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso. Para obtener una copia en papel de este aviso, póngase en contacto con el Oficial de Privacidad. También puede obtener una copia en el sitio web del DHS, en la página de inicio de la Oficina del Asesor General:

<https://dhs.georgia.gov/organization/about/division-offices/office-general-counsel>

#### **PROTECCIONES:**

El DHS se compromete a proteger su información personal. La PII y la Información Médica Protegida (PHI, en inglés) están protegidas con salvaguardas operativas, administrativas, técnicas y físicas razonables para garantizar su confidencialidad, integridad y disponibilidad y para evitar el acceso, uso y/o divulgación no autorizados de la información protegida. No vendemos ninguna información que se nos facilite. Nos adherimos de forma estricta a una serie de normas federales y estatales relacionadas con la privacidad y la seguridad de la información, diseñadas para mantener su información segura.

**CAMBIOS EN ESTE AVISO:**

El DHS se reserva el derecho de modificar este aviso en cualquier momento. El nuevo aviso se aplica a la información ya obtenida, así como a cualquier información recibida en el futuro. El DHS publicará una copia del aviso actual en nuestra oficina y en el sitio web <https://dhs.georgia.gov/organization/about/division-offices/office-general-counsel>. El aviso contendrá la fecha de entrada en vigor en la primera página, en la esquina superior derecha.

**RECLAMOS:**

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, póngase en contacto con:

Departamento de Servicios Humanos de Georgia  
Oficial de Privacidad  
2 Peachtree Street NW, 29<sup>th</sup> Floor  
Atlanta, GA 30303-3142  
[HIPAADHS@dhs.ga.gov](mailto:HIPAADHS@dhs.ga.gov)

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar un reclamo por escrito si se pone en contacto con el Oficial de Privacidad mencionado anteriormente. Incluya su nombre, número de teléfono, número de caso y una descripción del reclamo. **No se le sancionará por presentar un reclamo.**

También puede presentar su reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR, en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para obtener más información sobre los requisitos de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, en inglés), las transacciones electrónicas de la Ley HIPAA y la normativa sobre conjuntos de códigos, así como las normas de seguridad de la Ley HIPAA propuestas, visite el sitio web de los Estados Unidos. Sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos en: <https://www.hhs.gov/hipaa/index.html>.

**Si tiene preguntas sobre su salud o sus servicios de atención médica, debe ponerse en contacto con su proveedor de atención médica (médico, farmacia, hospital u otro proveedor médico).**

**CONSENTIMIENTO:**

Al enviarnos su información personal, usted acepta que podamos recopilar, utilizar y divulgar dicha información según lo permita o exija la ley.

**[A CONTINUACIÓN, LA PÁGINA DE FIRMAS]**

## **Página de firmas**

Si desea acusar recibo de este aviso de prácticas de privacidad del DHS, firme a continuación y envíe esta página a la dirección indicada más abajo.

He leído, entiendo y acuso recibo del aviso de prácticas de privacidad del DHS.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

**Dirección para la devolución:**

[Insertar aquí la dirección local]