

El Departamento de Bomberos y rescate del Condado de Albemarle (“ACFR”), Escuadrón voluntario de Scottsville (“SVRS”), Escuadrón de Rescate del Oeste de Albemarle (“WARS”), y la Compañía de Bomberos Voluntarios de Earlysville (“EVFC”) por ley tienen que mantener la privacidad de cierta información médica confidencial, conocido como Información Médica Protegida o PHI (por sus iniciales en Inglés), y proveer usted con aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respeto a su PHI. ACFR, SVRS, WARS, y EVFC también tienen que seguir los términos de la versión del aviso del día.

*Usos y Divulgación del PHI:* ACFR, SVRS, WARS y EVFC pueden usar PHI por el propósito de tratamiento, pago, y operaciones de cuidado de salud, en la mayoría de los casos, sin su permiso escrito. Ejemplos de nuestro uso de su PHI:

Para Tratamiento: Esto incluye ciertas cosas como obtener información verbal y escrita acerca de su tratamiento y condición médica de usted, como también de otras personas, así como doctores y enfermeras quien nos de la orden para poder proveerle tratamiento a usted. Nosotros podemos dar su PHI a otros proveedores de salud involucrados en su tratamiento, y podemos transferir su PHI por radio o teléfono con el hospital o en el centro de comunicación.

Para Pagos: Esto incluye cualquier actividad que nosotros empezamos para obtener el reembolso por los servicios que le otorgamos, esto incluye ciertas cosas como mandar cuentas a las compañías de seguros, hacer determinaciones médicas necesarias, y cobrando cuentas atrasadas.

Para Operaciones de Salud: Esto incluye actividades que aseguran la calidad de servicio, autorizaciones, y programas de entrenamiento para asegurar que nuestro personal cumpla con las normas de salud y siga las políticas y procedimientos, tanto como otras funciones de gerencia.

*Usos y Divulgación del PHI Sin su Autorización.* ACFR, SVRS, WARS, y EVFC están permitidos a usar su PHI *sin su autorización escrita*, o la oportunidad de oponerse, en ciertas situaciones,

menos si estamos prohibidos por una ley más estricta del estado, incluyendo:

- Por los tratamientos, pagos, o actividades de la operación de programas de salud de otro proveedor de su tratamiento;
- Como es requerido por ley, incluyendo la entrega de información por propósitos de salud del público;
- Para un miembro de familia, conocido, amigo cercano, o cualquier individuo involucrado con sus cuidados si es que nosotros obtenemos su permiso verbal para hacerlo o si es que nosotros le damos una oportunidad para oponerse a la entrega de información y no se opone, y en ciertas circunstancias donde nosotros no podemos obtener su permiso y creemos que la entrega de información es por su propio bien y en ciertas otras circunstancias donde nosotros no podemos obtener su permiso y creemos que la entrega de información para una persona involucrada en su salud es por su propio bien;
- Para reportar abuso, negligencia o violencia doméstica;
- Por actividades de supervisión de la salud incluyendo auditivas o investigaciones del gobierno, inspecciones, procedimientos disciplinarios, y otras acciones administrativas o acciones judiciales empezadas por el gobierno (o sus contratistas) por ley para supervisar un sistema de salud;
- Para procedimientos judiciales y administrativos cuando requerido por una corte u orden administrativa, o en algunos casos para responder a una citación, descubrimiento de prueba, u otro procedimiento legal;
- En situaciones limitadas, por actividades policiales, como respondiendo a una orden judicial;
- Para funciones militares, defensa y seguridad nacional y otras funciones especiales del gobierno;
- Para prevenir un riesgo serio de la salud y seguridad de una persona o del público en general;
- Para propósitos de compensación al trabajador, y de acuerdo a las leyes del mismo;
- Para forenses, médicos forenses, y directores de funerales para identificación de una persona muerta, determinando la causa de muerte, o cumpliendo los deberes autorizados por ley;
- Si usted es un donador de órganos, nosotros podemos dar información de su salud a organizaciones que trabajan para obtener órganos,

trasplante de ojos o injertos de piel o músculos o a un banco de donación de órganos, lo suficiente para facilitar la donación de un órgano o el trasplante;

- Para proyectos de investigación, esto está estrictamente sujeto a supervisión y aprobación;
- Nosotros también podemos usar o compartir información de su salud en una manera que no se personalice o revele quien es usted.

Cualquier otro uso o entrega de PHI, además de los listados arriba solo se harán con su autorización escrita. Usted puede revocar su autorización en cualquier momento, por escrito, excepto en el caso que ya hemos usado o compartido esta información con el permiso de su autorización.

*Derechos del Paciente:* Como paciente, usted tiene ciertos derechos con respecto a su PHI, incluyendo:

*El derecho de acceder, copiar, o inspeccionar su PHI.* Esto significa que usted puede ver o copiar la mayoría de su información médica que nosotros tenemos. Nosotros normalmente le proveemos acceso a esta información entre 15 días desde su pedido. Nosotros podemos cobrarle una cantidad razonable por copiar cualquier información médica a que usted tenga derecho. En circunstancias limitadas nosotros podemos negar el acceso a su información médica, y si usted está en desacuerdo con nuestra decisión, usted puede obtener una revisión de ciertos tipos de negaciones. Nosotros tenemos formularios disponibles que solicitan acceso a su PHI. Nosotros le entregaremos una respuesta por escrito si nosotros le negamos el acceso y le haremos conocer sus derechos de revisar la información. Usted también tiene el derecho de recibir comunicación confidencial de su PHI.

Para asegurar que su información sea compartida y conversada con las personas

correctas (usted o algún representante legal autorizado), nosotros normalmente requerimos que usted se presente en persona en nuestras oficinas para discutir el acceso a su información medica. Sin embargo, nosotros cumpliremos sus pedidos razonables para recibir comunicaciones de su información medica por maneras alternativas o lugares alternativos. Si usted desea inspeccionar o copiar su información medica, usted tiene que contactar a nuestro Oficial de Privacidad, que la dirección y el teléfono están listados abajo.

*El derecho de cambiar su PHI.* Usted tiene el derecho de preguntarnos para cambiar su información medica escrita que nosotros tenemos si es que usted piensa que esta equivocada o incompleta. Nosotros generalmente corregimos su información alrededor de los 60 días después de que usted lo solicito y nosotros le informaremos cuando hayamos corregido la información. Nosotros estamos autorizados por ley para denegar su solicitud de cambiar su información medica solo en ciertas circunstancias, como cuando nosotros creemos que la información que usted solicito corregir esta correcta y completa. Si usted desea solicitar que nosotros corriamos la información medica que nosotros tenemos de usted, deberá contactar nuestro Oficial de Privacidad.

*El derecho de pedir una explicación.* Nosotros tenemos que guardar una copia de cierta información medica que hemos compartido, y usted puede solicitar una explicación de que contiene tal información. Comunicaciones que no tenemos que guardar son:

- Información que nosotros hemos usado o compartido por motivos de tratamiento, pagos u operaciones de salud,
- Cuando nosotros compartimos su información medica con nuestros socios, como nuestras compañías de cobranzas o un centro medico, a donde lo hemos trasladado, o
- Información que usted ya nos ha dado por escrito autorizando revelar.

Nosotros tenemos que guardar la información compartida por los últimos seis años, o hasta la fecha de conformidad del 14 de Abril del 2003 por las reglas federal de privacidad cualquiera que sea mas

tarde. Si usted desea solicitar una explicación de esta información compartida, contacte nuestro Oficial de Privacidad.

*El derecho de solicitar la restricción del uso y desglose de su PHI.* Usted tiene el derecho de solicitar la restricción de como nosotros usamos y compartimos la información medica que tenemos de usted. ACFR, SVRS, WARS, y EVFC no tienen que estar de acuerdo con cual quier restricción que pide usted, pero cual quier acuerdo escrito entre usted y ACFR, SVRS, WARS, y EVFC son obligatorios para ACFR, SVRS, WARS, y EVFC.

*Internet, correo electrónico, y el derecho de obtener copia por escrito:* Si mantenemos un sitio web, nosotros pondremos una copia de esta noticia en un lugar prominente en nuestro sitio web. Si usted nos permite, nosotros le mandaremos una notificación electrónica en vez de una por papel y usted siempre puede solicitar una copia en papel de la notificación.

*Revisiones al aviso:* ACFR, SVRS, WARS, y EVFC reservan el derecho de cambiar los terminos de este Aviso en cual quier tiempo, y estos cambios se ponen en efecto inmediato y se aplica a toda información médica protegida que nosotros mantenemos. Cualquier cambios materiales al Aviso mostramos lo mas pronto posible en nuestras oficinas y puesto en nuestro sitio internet, si mantenemos uno. Se puede conseguir una copia de la version mas recien con contactar nuestro oficial de privacidad.

*Sus derechos legales y reclamos:* Usted también tiene el derecho de reclamarnos, o a la Secretaria de los Estados Unidos Departamento de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados. Usted no debería sufrir ninguna represalia por hacer un reclamo con nosotros o el gobierno. Si usted tiene alguna pregunta, comentario, o reclamo usted tiene que dirigirse a nuestro Oficial de Privacidad.

***Información de contacto del Oficial de Privacidad:***

Privacy Officer  
Albemarle County Fire Rescue  
460 Stagecoach Road, Suite F  
Charlottesville, Virginia 22902  
(434) 296-5833

*Fecha efectivo del Aviso: Julio 1, 2014*

## **Condado de Albemarle Departamento de Bomberos**

### **Escuadrón de Rescate Voluntario de Scottsville**

### **Escuadrón de Rescate del Oeste de Albemarle**

### **Compañía de Bomberos Voluntarios de Earlysville**



## **Aviso de Practicas de Privacidad**

**ESTE FOLLETO DESCRIBE  
COMO SU INFORMACION  
MEDICA PUEDE SER USADO Y  
ENTREGADA Y COMO USTED  
PUEDE TENER ACCESO A  
ELLA. FAVOR DE REVISARLA  
CUIDADOSAMENTE.**