



## agencia para personas con discapacidades

Estado de la Florida

### Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

**Su información. Sus Derechos. Nuestras Responsabilidades.** Este aviso se aplica a la información que tenemos sobre su atención médica y los servicios que recibe a través de APD. La ley exige a APD que le notifique nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad, sus derechos, y que describa las formas en que podemos acceder, utilizar y divulgar su información médica protegida. Debemos mantener la privacidad de su información médica y seguir los términos de este aviso.

**Sus Derechos.** Cuando se trata de su información médica, usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Obtener una copia de sus registros médicos.** Usted puede revisar u obtener una copia de sus registros médicos, con excepción de las notas de psicoterapia, la información recopilada como parte de un caso legal, o como se excluye de otra manera por la ley. La APD puede imponer una tarifa razonable por copiar, suministrar, preparar y enviar por correo los registros solicitados.
- **Pedirnos que corrijamos o modifiquemos su información médica si cree que es incorrecta o incompleta.** Pregúntenos cómo hacerlo. Podemos negarnos a su solicitud, pero se lo comunicaremos por escrito en un plazo de 60 días.
- **Comunicaciones confidenciales.** Si nos pide que nos pongamos en contacto con usted de forma confidencial (por ejemplo, en un número de teléfono determinado, una dirección de correo electrónico o una dirección postal designada), accederemos a las solicitudes razonables.
- **Pedir a APD que limite la información médica que utilizamos o compartimos.** No es necesario que estemos de acuerdo si esto afecta a su atención médica. Si estamos de acuerdo, limitaremos la información a menos que sea necesario compartirla en caso de emergencia.
- **Obtenga una lista de las personas con las que APD ha compartido su información médica.** Puede solicitar, por escrito, una lista de las veces que hemos compartido su información ("rendición de cuentas"), con quién la compartimos y por qué se compartió, en los últimos 6 años, excepto cuando se utiliza para llevar a cabo su tratamiento, pagar su cuidado, para operaciones de atención médica, divulgaciones que usted solicitó, o prohibidas por la ley. Tiene derecho a un informe gratuito al año.
- **Recibir una copia en papel de este aviso.** Tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso.
- **Elija a alguien para que actúe en su nombre.** Su tutor legal o alguien con un poder médico en su nombre puede ejercer la toma de decisiones sobre su información médica.
- **Recibir una notificación de una infracción.** Usted tiene derecho a ser notificado si su información de salud protegida ha sido accedida, adquirida, utilizada o divulgada como resultado de una violación dentro de los 30 días siguientes a que la Agencia tenga conocimiento de dicha violación.
- **Presentar una queja.** Si cree que la APD ha violado sus derechos, puede presentar una queja ante nuestra oficina o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.

Oficial de Privacidad de HIPAA  
Oficina del Consejero General  
Agencia para las Personas con Discapacidades  
4030 Esplanade Way, Suite 380  
Tallahassee, Florida 32399  
Teléfono: (850) 476-1180  
[HIPAA@apdcares.org](mailto:HIPAA@apdcares.org)

Operación de Administración de Casos Centralizada  
Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos  
200 Independence Avenue, SW- Sala 509F HHH Building  
Washington, DC 20201  
Teléfono: (800) 368-1019  
TDD gratuito: (800) 537-7697 | Fax: (202) 619-3818  
[OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)

**Nuestros Usos y Divulgaciones de Su Información Médica Protegida.** La APD está autorizada a utilizar o divulgar su información médica para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Si usted es un solicitante o beneficiario de la exención de Medicaid de iBudget HCBS de APD, APD utiliza su información médica para determinar su elegibilidad para el programa de exención de Medicaid de iBudget HCBS y para determinar la cantidad de asistencia que necesita para su cuidado. También la utilizamos para gestionar el programa de exención de Medicaid iBudget HCBS.

Estos son algunos ejemplos de cómo solemos acceder, utilizar y/o divulgar su información médica:

- Compartir información sobre su diagnóstico y necesidades de atención para determinar su elegibilidad inicial o continua para el programa de exención de Medicaid iBudget HCBS, así como para coordinar los servicios de vida asistida y la colocación en un centro de atención.
- Compartir información sobre sus necesidades de atención médica para pagar sus productos y servicios de atención médica, incluyendo los programas de financiación federales y estatales como Medicaid.
- Divulgar su información médica a los miembros del personal de APD, asociados comerciales, voluntarios y/u otros organismos gubernamentales apropiados que participan en su tratamiento para que puedan proporcionar atención médica y supervisión, incluyendo la evaluación del desempeño de las personas involucradas en su cuidado.

**¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?** La APD puede o está obligada a compartir su información de otras maneras sin su autorización por escrito, normalmente para promover la salud pública, la seguridad y la investigación. Debemos cumplir muchas condiciones de la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Algunos ejemplos son:

- Divulgar información a un familiar o a otra persona para que le ayude si usted no puede decirnos su preferencia, como por ejemplo si está inconsciente o durante una emergencia, si creemos que es lo mejor para usted.
- Compartir información necesaria para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.
- Informar sobre sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica, y prevenir o reducir las amenazas a su salud o seguridad o a la de otra persona.
- Compartir información con otras agencias estatales o federales. Por ejemplo, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ("HHS"), la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias ("FEMA"), los Centros para el Control de Enfermedades ("CDC"), la Agencia para la Administración de Atención de Salud de Florida ("AHCA"), el Departamento de Niños y Familias de Florida ("DCF"), el Departamento de Salud de Florida ("DOH") y otros organismos similares.
- Realizar investigaciones que beneficien a las personas con discapacidades del desarrollo y/o al programa Medicaid.
- Revelar información para las estadísticas vitales, o con una organización de obtención de órganos, forense, examinador médico o director de la funeraria.
- Divulgación de información para reclamaciones de indemnización de los trabajadores, fines policiales y funciones como los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.
- Responder a una orden judicial, administrativa o a una citación.
- Revelar su información en la medida en que lo exija la legislación estatal o federal.

**Otros Usos y Divulgaciones.** Otros usos y divulgaciones no descritos en este aviso se harán sólo con su autorización por escrito. Si nos da una autorización por escrito, puede revocarla en cualquier momento. Esto incluye autorizarnos a compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado. Nunca venderemos su información ni la utilizaremos con fines de marketing a menos que nos dé su autorización por escrito.

**Nuestras Responsabilidades.** La ley nos obliga a mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida. Estamos obligados a cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y a entregarle una copia del mismo. Esto incluye informarle de inmediato si se produce un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información médica. No utilizaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la descrita en este aviso a menos que usted nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento.

**Cambios en este aviso.** La APD se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso; y, los cambios se aplican a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible en nuestro sitio web y se le enviará por correo si lo solicita.

**Información de contacto.** Si tiene alguna pregunta, solicitud o desea una copia impresa de este aviso, póngase en contacto con la oficina de APD de su zona en el número de teléfono que se indica a continuación. Podemos pedirle que haga una solicitud por escrito.

**Región 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 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 (844) 766-7517;

**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 Suncoast** (para los condados de Charlotte, Collier, DeSoto, Glades, Hendry, Hillsborough, Lee, Manatee, Pasco, Pinellas y Sarasota) llame al (800) 615-8720;

**Región sureste** (para los condados de Broward, Indian River, Martin, Okeechobee, Palm Beach y Saint Lucie) llame al (844) 766-7520;

**Región Sur** (para los condados de Dade y Monroe) llame al (305) 349-1478;

**Centro Sunland** llame al (850) 482-9210; y

**Centro Tacachale** llame al (352) 955-5000.

**¿Quién recibe este Aviso de Política de Privacidad y Protección de la Información Médica?** La APD envía este aviso a todos los hogares beneficiarios. 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 la Ley de Americanos con Discapacidades de 1990, por favor contacte al Oficial de Privacidad de HIPAA en la dirección mostrada en este Aviso si desea recibir este Aviso en un formato alternativo como Braille, letra grande o audio.