



Aviso de procedimientos de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE 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 la APD. La APD está obligada por ley a notificarle nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad, sus derechos y describir las formas en que podemos acceder, usar y revelar su información de salud protegida. Debemos mantener la privacidad de su información de salud y seguir los términos de este aviso.

Sus derechos. Cuando se trata de su información de salud, usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Obtener una copia de sus registros de salud.** Puede revisar u obtener una copia de sus registros de salud, a excepción de las notas de psicoterapia, la información recopilada como parte de un caso legal o según lo excluya la ley. La APD puede imponer una tarifa razonable por copiar, suministrar, preparar y enviar por correo los registros solicitados.
- **Pedirnos que corriamos o cambiemos su información de salud si cree que es incorrecta o está incompleta.** Pregúntenos cómo hacerlo. Podemos rechazar su solicitud, pero se lo comunicaremos por escrito dentro de los 60 días.
- **Comunicaciones confidenciales.** Si nos solicita que nos comuniquemos con usted de manera confidencial (por ejemplo, a un determinado número de teléfono, dirección de correo electrónico o dirección postal designada), le concederemos las solicitudes que sean razonables.
- **Solicitar a la APD que limite la información de salud que usamos o compartimos.** No tenemos necesariamente que estar de acuerdo si afectaría su atención. Si estamos de acuerdo, limitaremos la información a menos que sea necesario compartirla en caso de emergencia.
- **Obtener una lista de aquellos con quienes la APD ha compartido su información de salud.** 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, dentro de los últimos 6 años, excepto cuando se haya usado para llevar a cabo su tratamiento, pagar por su atención, para operaciones de atención médica, para publicaciones que usted haya solicitado o cuando lo prohíba la ley. Tiene derecho a una rendición de cuentas gratis al año.
- **Recibir una copia impresa de este aviso.** Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso.
- **Elegir a alguien para que actúe por usted.** Su tutor legal o alguien con un poder notarial médico para usted puede ejercer decisiones sobre su información de salud.
- **Recibir notificación de incumplimiento.** Tiene derecho a que se le notifique si se ha accedido, adquirido, utilizado o revelado su información de salud protegida como resultado de un incumplimiento dentro de los 30 días posteriores a que la Agencia tenga conocimiento de dicho incumplimiento.
- **Presentar una queja.** Si cree que la APD ha violado sus derechos, puede presentar una queja ante nuestra oficina o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Usted no será objeto de represalias por presentar una queja.

Oficial de privacidad de HIPAA
Oficina del asesor jurídico
Unidos
Agencia para Personas con Discapacidades
4030 Esplanade Way, Suite 380
Tallahassee, Florida 32399
Teléfono: (850) 476-1180
3818
HIPAA@apdcares.org

Operación de gestión de casos centralizada
Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
200 Independence Avenue, SW—Room 509F HHH Building
Washington, DC 20201
Teléfono: (800) 368-1019
Línea gratuita para TDD: (800) 537-7697 | Fax: (202) 619-
OCRComplaint@hhs.gov

Nuestros usos y publicaciones de su información médica protegida. La APD tiene permitido usar o revelar su información de salud para operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Si usted es un solicitante o beneficiario de la exención de Medicaid de servicios domiciliarios y comunitarios de iBudget (“HCBS de iBudget”) de la APD, esta utiliza su información de salud para determinar su elegibilidad para el programa de dicha exención y para determinar la cantidad de

asistencia que necesita para su cuidado. También lo usamos para administrar el programa de exención de Medicaid de HCBS de iBudget.

Estos son algunos ejemplos de cómo normalmente accedemos, usamos y/o revelamos su información de salud:

- Compartir información sobre su diagnóstico y necesidades de atención para determinar su elegibilidad inicial o continua para el programa de exención de Medicaid de HCBS de iBudget, así como para coordinar los servicios de vivienda con apoyo y la ubicación en un centro de atención.
- Compartir información sobre sus necesidades de atención médica para pagar sus productos y servicios de atención médica, incluidos los programas de financiación federales y estatales, como Medicaid.
- Revelar su información de salud a miembros del personal de la APD, socios comerciales, voluntarios u otros organismos gubernamentales que estén involucrados en su tratamiento para que puedan brindar atención médica y supervisión, incluida la evaluación del desempeño de las personas involucradas en su atención.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud? La APD tiene permitido o está obligada a compartir su información de otras maneras sin su autorización por escrito, generalmente de maneras que promuevan la salud pública, la seguridad y la investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones legales para poder compartir su información para estos fines. Por ejemplo:

- Revelar información a un miembro de la familia u otra persona para que lo ayude si no puede decirnos su preferencia, como si está inconsciente o durante una emergencia, si creemos que es lo mejor para usted.
- Compartir información que se necesita para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.
- Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica, y prevenir o reducir las amenazas a su salud o seguridad o la de otra persona.
- Compartir información con otros organismos estatales o federales. Por ejemplo, el Departamento de Salud y Servicios Humanos ("HHS") de EE. UU., la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias ("FEMA"), los Centros para el Control de Enfermedades ("CDC"), la Agencia de Florida para la Administración de Atención Médica ("AHCA"), el Departamento de Niños y Familias de Florida ("DCF"), el Departamento de Salud ("DOH") de Florida y otros organismos similares.
- Realizar investigaciones que beneficien a las personas con discapacidades del desarrollo y/o el programa de Medicaid.
- Revelar información para estadísticas vitales, o con una organización de obtención de órganos, médico forense o director de una funeraria.
- Revelar información para reclamos de indemnización laboral, propósitos de aplicación de la ley y funciones tales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.
- Responder a una orden judicial, orden administrativa o citación.
- Revelar su información en la medida en que lo exija la ley estatal o federal.

Otros usos y publicaciones. Otros usos y publicaciones no descritos en este aviso se realizarán únicamente 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 atención. Nunca venderemos su información ni la utilizaremos con fines de marketing a menos que nos dé permiso por escrito.

Nuestras responsabilidades. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida. Debemos cumplir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del mismo a usted. Esto incluye informarle de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información de salud. No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita en este aviso, a menos que nos autorice a hacerlo por escrito. Si nos ha autorizado, puede cambiar de opinión en cualquier momento.

Cambios de 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, comuníquese con la oficina de la APD en su área al número de teléfono que se indica a continuación

. Es posible que le pidamos 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 de Suncoast (para los condados de Charlotte, Collier, DeSoto, Glades, Hendry, Hillsborough, Lee, Manatee, Pasco, Pinellas y Sarasota) llame al (800) 615-8720;
región sudeste (para los condados de Broward, Indian River, Martin, Okeechobee, Palm Beach y Saint Lucie) llame a la (844) 766-7520;
región sur (para los condados de Dade y Monroe) llame al (305) 349-1478;
llame al **Centro Sunland** (850) 482-9210; y
Centro Tacachale llame al (352) 955-5000.

¿Quién recibe este Aviso de política de privacidad y protección de información de salud? 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 Estadounidenses con Discapacidades de 1990, comuníquese con el Oficial de Privacidad de HIPAA a la dirección que se muestra en este Aviso si desea recibir este Aviso en un formato alternativo, como Braille, impresión o audio.

Formulario APD OGC HIPAA #0000 (fecha de vigencia: 14 de septiembre de 2020)