

Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (Minnesota Department of Human Services)

Notificación de Prácticas de la Privacidad

(Fecha de vigencia: Agosto de 2011)

Esta notificación describe cómo la información médica y otra información privada acerca de usted puede usarse y divulgarse, y cómo usted puede obtener esta información. Sírvase revisarla con detenimiento.

¿Por qué pedimos esta información?

- Para distinguirlo de otras personas con el mismo nombre o un nombre similar
- Para decidir para qué servicios califica
- Para ayudarle a obtener servicios médicos, de salud mental, financieros o sociales, y decidir si usted puede pagar algunos servicios
- Para preparar informes, llevar a cabo investigaciones, realizar auditorías y evaluar nuestros programas
- Para investigar informes de personas que pueden mentir sobre la ayuda que necesitan
- Para decidir si usted o sus hijos necesitan cuidado fuera del hogar o en el hogar
- Para cobrar dinero de otras agencias, tales como compañías de seguros, si éstas deben pagar por su cuidado
- Para decidir si usted o su familia necesitan servicios de protección
- Para cobrar dinero del gobierno estatal o federal por la ayuda que le proporcionamos.

¿Por qué le pedimos su número de Social Security (Seguro Social)?

Necesitamos su número de Social Security (SSN) para proporcionarle asistencia médica, algunos tipos de asistencia financiera o servicios de cumplimiento de manutención de menores (42 CFR 435.910 [2006]; Minn. Stat. 256D.03, subd.3[h]; Minn. Stat. 256L.04, subd. 1a; 45 CFR 205.52 [2001]; 42 USC 666; 45 CFR 303.30 [2001]). También necesitamos su número de SSN para verificar su identidad y prevenir la duplicación de beneficios estatales y federales. Además, su número de SSN se usa para comparar datos por computadora con agencias colaborativas, no lucrativas y privadas a fin de verificar los ingresos, recursos y otra información que puedan afectar su elegibilidad y/o sus beneficios.

Usted no tiene que darnos el número de SSN:

- De las personas en su casa que no están solicitando cobertura
- Si tiene objeciones religiosas
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos y sólo está solicitando Emergency Medical Assistance (Asistencia Médica de Emergencia)
- Si es de otro país, está en los Estados Unidos temporalmente y no tiene permiso de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EE.UU. (U.S. Citizenship and Immigration Services - USCIS) para vivir permanentemente en los EE.UU.
- Si vive en los EE.UU. sin el conocimiento o la aprobación de USCIS.

¿Tiene que responder las preguntas que le hacemos?

Usted no tiene que darnos su información personal. Sin la información, es posible que no podamos ayudarle. Si nos da información incorrecta a propósito, podrá ser investigado y acusado de fraude.

¿Con quiénes podemos compartir la información?

Sólo compartiremos su información según se necesite y se nos permita o se requiera por ley. Podemos compartir su información con las siguientes agencias o personas que necesitan la información para llevar a cabo su trabajo:

- Empleados o voluntarios de otras agencias estatales, del condado, locales, federales, colaborativas, no lucrativas y privadas
- Los investigadores, auditores, analistas y otros que realizan evaluaciones y estudios sobre el cuidado de la salud, o inician enjuiciamientos o acciones legales con respecto a la administración de los programas de servicios humanos
- Funcionarios judiciales, fiscal del condado, fiscal general, otros funcionarios del orden público, funcionarios encargados de la manutención de menores, e investigadores de protección de menores y de fraude

- Oficinas de servicios humanos, incluyendo las oficinas para cumplimiento de manutención de menores
- Agencias gubernamentales en otros estados que administran programas de beneficios públicos
- Proveedores de cuidado de salud, incluyendo agencias de salud mental e instalaciones de tratamiento para drogas y alcohol
- Compañías de seguros de cuidado de salud, agencias de cuidado de salud, organizaciones de cuidado administrado y otros que pagan por su cuidado
- Guardianes, conservadores o personas con poder de representación
- Pesquisidores e investigadores médicos, si usted fallece y ellos investigan su fallecimiento
- Oficinas de crédito, acreedores o agencias para cobros si usted no paga los honorarios que nos adeuda por los servicios
- Cualquiera otro a quien la ley dice que debemos o podemos proporcionar la información.

Podemos divulgar su información médica a un servicio de localización de expedientes. Esto puede ayudar a los proveedores de cuidado de salud a encontrar planes de salud y otros proveedores de cuidado de salud que tengan información sobre usted. El proveedor de cuidado de salud puede entonces obtener esa información para ayudarle a tomar mejores decisiones en cuanto a su tratamiento. Si prefiere no ser incluido en el servicio de ubicación de registros, puede solicitar su exclusión voluntaria (Opt Out). Para ello, llame a la oficina de servicio de Community Health Information Collaborative – CHIC (organización comunitaria para el intercambio de información médica) al 877-411-2442 (número gratis), 218-625-5515 (voz), 218-625-5518 (fax).

¿Cuáles son sus derechos respecto a la información que tenemos acerca de usted?

- Usted y las personas a quienes ha dado permiso pueden ver y copiar la información médica u otra información privada que tenemos acerca de usted. Es posible que usted tenga que pagar las copias.
- Usted puede cuestionar si la información que tenemos acerca de usted es correcta. Deberá enviar sus preocupaciones por escrito. Díganos por qué la información es incorrecta o incompleta. Envíe su propia explicación de la información con la que no

está de acuerdo. Adjuntaremos su explicación cada vez que su información se comparta con otra agencia.

- Usted tiene el derecho de pedirnos por escrito que compartamos la información médica con usted de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, podría pedirnos que enviemos la información médica a su dirección de trabajo en vez de a su dirección de la casa. Si consideramos que su solicitud es razonable, la otorgaremos.
- Usted tiene el derecho de pedirnos que limitemos o restrinjamos la manera en que usamos o divulgamos su información, pero no se nos requiere que estemos de acuerdo con esta solicitud.
- Usted tiene el derecho de obtener un registro de algunas de las personas u organizaciones con quienes hemos compartido su información. Este registro se comenzó en 14 de abril de 2003. Usted debe pedir una copia de este registro por escrito a nuestro Funcionario de Privacidad.
- Si no entiende la información, pida a su trabajador que se la explique. Puede pedir otra copia de esta notificación al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota.

¿Cuáles son nuestras responsabilidades?

- Debemos proteger la privacidad de su información médica y otra información privada de acuerdo con los términos de esta notificación.
- No podemos usar su información por motivos que no sean los que se indican en este formulario, ni compartir su información con personas y agencias que no sean las que se indican en este formulario, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo.
- Debemos cumplir con las condiciones de esta notificación, pero podemos cambiar nuestra política sobre la privacidad debido a cambios en las leyes de privacidad. Colocaremos los cambios a nuestras reglas de privacidad en nuestro sitio Web en: <http://edocs.dhs.state.mn.us/lfsrver/Public/DHS-3979-ENG>

¿Qué derechos de privacidad tienen los menores?

Si usted es menor de 18 años de edad cuando no se requiere el consentimiento de los padres para tratamiento médico, la información no se mostrará a los padres a menos que el proveedor de cuidado de salud crea que no compartir la información pondría en riesgo su salud.

Los padres pueden ver otra información suya y permitir que otros vean esta información, a menos que usted haya pedido que esta información no se comparta con sus padres. Usted debe pedir esto por escrito y decir qué información no desea compartir y por qué. Si la agencia está de acuerdo de que compartir la información no es para su provecho, la información no se compartirá con sus padres. Si la agencia no está de acuerdo, la información puede compartirse con sus padres si ellos la solicitan.

¿Qué puede hacer si cree que sus derechos de privacidad han sido violados?

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja. No se le puede negar servicio ni ser tratado mal debido a que ha presentado una queja. Si cree que su privacidad médica ha sido violada por su médico o la clínica, una compañía de seguros médicos, un plan médico o una farmacia, puede enviar una queja escrita a la agencia del condado, a la organización o a la oficina federal de derechos civiles a:

(Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.)
(Oficina para Derechos Civiles, Región V)
U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights, Region V
233 North Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, IL 60601
(312) 886-2359 (Voz) o
número gratis al (800) 368-1019 o al (866) 282-0659
(312) 353-5693 (TTY)
(312) 886-1807 (Fax)

Si cree que el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota ha violado sus derechos de privacidad, puede enviar una queja escrita al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. a la dirección anterior o a:

(Departamento de Servicios Humanos de Minnesota)
(Atención: Funcionario de Privacidad)
Minnesota Department of Human Services
Attn: Privacy Official
PO Box 64998
St. Paul, MN 55164-0998

ADA5 (5-09)

Las personas discapacitadas pueden recibir esta información en formatos alternativos llamando su trabajador del condado. Los usuarios de TTY (teléfono de texto) pueden comunicarse a través del Servicio de Retransmisión de Minnesota (Minnesota Relay) al (800) 627-3529. Para utilizar retransmisión habla a habla o STS (Speech-to-Speech), llame al (877) 627-3848. Si necesita asistencia adicional en cuanto a los derechos y protecciones legales que brindan igualdad de acceso a los programas de servicios humanos, comuníquese con el coordinador de ADA (Ley sobre los Estadounidenses con Discapacidades) de su agencia.