

# Política de Privacidad

*ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO DETENIDAMENTE*

**Fecha Efectiva: 4/6/2021**

## Responsabilidades del Departamento de Salud del Estado de Indiana

El Departamento de Salud del Estado de Indiana está obligado por ley a proteger la privacidad de su información médica que pueda identificarlo. Esta información incluye los servicios de atención médica que se le brindan, el pago de esos servicios u otras operaciones de atención médica que se brinden en su nombre.

Esta agencia está obligada por ley a informarle sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica protegida a través de este aviso de prácticas de privacidad. Este aviso describe las formas en que podemos compartir su información de salud pasada, presente y futura, asegurando que usemos o divulguemos esta información sólo como hemos descrito en este aviso. Esta agencia está obligada a cumplir con los términos del aviso en vigor. Sin embargo, nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso, y de hacer que las nuevas disposiciones del aviso sean efectivas para toda la información médica que mantenemos. También estamos obligados por ley a notificarle de cualquier violación de su información médica protegida no segura.

Las copias de los avisos revisados estarán disponibles en caso de que las solicite. Si en algún momento tiene preguntas o inquietudes sobre la información contenida en este aviso o sobre las políticas, procedimientos y prácticas de privacidad de nuestra agencia, puede comunicarse con el Oficial de Privacidad. Consulte la información de contacto más adelante en este aviso.

## Uso y divulgación de información médica protegida (PHI por sus siglas en inglés) para operaciones de pago, tratamiento y atención médica:

1. El Departamento de Salud del Estado de Indiana está utilizando su información como parte de sus actividades de respuesta a emergencias de salud pública.
2. El Departamento de Salud del Estado de Indiana puede usar su información médica protegida para operaciones de atención médica, incluyendo los siguientes ejemplos: Documentar y rastrear las vacunas COVID-19 en todo Indiana.
  - a. Proporcionar programas de formación para estudiantes, aprendices y personal profesional.
  - b. Proporcionar la documentación requerida a las agencias de certificación y licencias.
3. El Departamento de Salud del Estado de Indiana puede usar su información para fines de tratamiento, incluyendo los siguientes ejemplos:
  - a. Administrar o ayudar con la administración de vacunas.
  - b. Administrar o ayudar con la administración de vacunas contra el SARS-CoV-2.
4. El Departamento de Salud del Estado de Indiana puede utilizar su información para fines de pago, incluyendo los siguientes ejemplos:
  - a. Facturación del pago o reembolso por la administración de vacunas contra el SARS-CoV-2.
5. Su información médica protegida relacionada con enfermedades transmisibles es confidencial según la ley de Indiana y cualquier uso o divulgación de esa información está más restringido según lo exige la ley.



# Política de Privacidad

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

**Fecha Efectiva: 4/6/2021**

6. No se nos permite divulgar sus registros médicos con fines de marketing a menos que primero nos dé su permiso.
7. Otros usos y divulgaciones se pueden realizar solo con su autorización por escrito. Puede revocar esa autorización en cualquier momento por escrito, excepto cuando la divulgación que autorizó ya sucedió o si la autorización se realizó como condición para obtener cobertura de seguro.

## Uso y divulgación de la información médica protegida donde no se requiere autorización:

El Departamento de Salud del Estado de Indiana puede realizar divulgaciones de esta información sin la autorización del paciente cuando dichas divulgaciones sean:

1. Requeridas por la ley
2. Requeridas para actividades de salud pública (ejemplo: reportar resultados positivos de pruebas para enfermedades transmisibles)
3. De conformidad con una orden judicial; o
4. Relacionadas con actividades gubernamentales especializadas, como la seguridad nacional.

## Sus derechos con respecto a su información médica:

*Tiene los siguientes derechos con respecto a la información de su salud creada y mantenida por esta agencia:*

1. Tiene derecho a solicitar y recibir una copia de este aviso de privacidad. Tiene derecho a solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si acepta recibirlo electrónicamente (por correo electrónico).
2. Las solicitudes para ver los registros médicos deben realizarse a su proveedor de atención médica, por ejemplo, al departamento de salud local o al médico. El Departamento de Salud del Estado de Indiana es un proveedor de tratamiento indirecto. Cualquier solicitud hecha directamente al Departamento de Salud del Estado de Indiana se remitirá al Oficial de Privacidad del Departamento de Salud del Estado de Indiana.
3. Tiene derecho a ver y obtener una copia de su información médica personal que tenemos. Se le cobrará una tarifa de copia por página. Puede solicitar una copia electrónica de su información médica personal; sin embargo, podemos cobrar una tarifa por la creación de dicha copia. La tarifa no será mayor que el costo de mano de obra asociado con una copia en papel. Podemos denegar su solicitud de ver y obtener una copia de su información médica en circunstancias limitadas según la ley estatal.
4. Tiene derecho a solicitar cambios a la información médica que considere incorrecta o incompleta. Su solicitud puede ser denegada si la información no fue creada por nosotros, no es parte de la información que está autorizado a revisar o copiar, o si decidimos que la información de salud personal es precisa y completa.
5. Tiene derecho a solicitar que no divulguemos su información médica personal, que divulguemos solo parte de su información o que la divulguemos por los motivos que usted solicite. Puede que no estemos obligados legalmente a cumplir con su solicitud. Sin embargo, estamos obligados a cumplir con su solicitud si:
  - a. La divulgación es a un plan de salud para pagos u operaciones de atención médica, pero no con el propósito de tratamiento; y



# Política de Privacidad

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

**Fecha Efectiva: 4/6/2021**

- b. La información médica protegida se refiere únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el cual usted pagó al proveedor de atención médica en su totalidad de su bolsillo.
6. Tiene derecho a solicitar y recibir una lista escrita de determinadas divulgaciones de su información médica. Puede solicitar las divulgaciones que hicimos hasta seis años antes de su solicitud, pero no antes de la fecha de vigencia de este aviso. Esta lista incluirá la fecha de la divulgación, el nombre (y la dirección, si está disponible) de la persona u organización que recibe la información, una breve descripción de la información divulgada y el propósito de la divulgación. Todas las solicitudes de divulgaciones deben hacerse por escrito. Por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad del Departamento de Salud del Estado de Indiana tal como se describe a continuación para recibir un formulario para solicitar un informe de las divulgaciones del programa de Laboratorios de Salud del Departamento del Estado de Indiana, el programa de Respuesta de Preparación o cualquier otro programa.
7. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de sus asuntos de salud personales de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo electrónico. Revisaremos y acomodaremos las solicitudes razonables. Para solicitar un método especial para que nos comuniquemos con usted acerca de su información médica personal, debe llamar o escribir al Oficial de Privacidad a la dirección o número de teléfono que figura en la información de contacto al final de este aviso.

## Quejas

*Si cree que hemos violado sus derechos de privacidad o nuestras prácticas de información médica, puede presentar una queja ante nuestro Oficial de Privacidad o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o la oficina del Fiscal General del Estado de Indiana. No se tomarán represalias contra ninguna persona que presente una queja.*

Oficial de Privacidad  
Oficina de Asuntos Legales  
Departamento de Salud del Estado de Indiana  
2 N. Meridian St.,  
Indianapolis, IN 46204  
317-233-7655

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.  
Oficina de Derechos Civiles - Región V  
233 N. Michigan Ave. – Suite 240  
Chicago, IL 60601  
312-866-2359

Procurador general de Indiana  
División de Protección al Consumidor  
302 W. Washington St., 5th Floor  
Indianapolis, IN 46204  
317-232-6330  
800-382-5516



# Política de Privacidad

*ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO DETENIDAMENTE*

**Fecha Efectiva: 4/6/2021**

## **CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LA VACUNACIÓN CONOTRA EL COVID-19**

### **Explicación acerca de la vacuna:**

La vacuna contra el SARS COVID-19 es una inyección intramuscular. Las inyecciones intramusculares son administradas en un ángulo de 90 grados en dirección a la piel, preferiblemente en el músculo deltoides de la parte superior del brazo. Los riesgos asociados con esta vacuna incluyen efectos secundarios leves, como fiebre, dolor en el lugar de la inyección, dolor de cabeza, dolores musculares y fatiga, y un pequeño porcentaje de personas aún puede ser vulnerable incluso después de recibir la vacuna. Es posible que la vacuna requerirá de dos (2) dosis para que sea efectiva y usted tiene que regresar por la segunda dosis dentro del periodo de tiempo recomendado. Esta vacuna está disponible actualmente bajo una Autorización de uso de emergencia (EUA por sus siglas en inglés) emitida por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés).

## **CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

Yo, el abajo firmante, certifico que tengo al menos dieciocho (18) años, o soy el representante legal de la persona que recibe la vacuna, he sido informado sobre el propósito, el procedimiento y los riesgos de la vacuna, y he elegido recibirla o autorizar al individuo a recibirla. Entiendo que esta vacuna puede estar sujeta a ser reportada a un intercambio de información médica o un registro de inmunizaciones, quienes pueden compartir mi información de vacunación o la del individuo con otros, y con mis proveedores de atención médica o con los del individuo, con fines de tratamiento o según lo permita la ley. He tenido la oportunidad de recibir respuesta a todas mis preguntas antes de recibir la vacuna. Doy mi consentimiento y acepto voluntariamente recibir la vacuna contra el COVID-19 o doy mi consentimiento para la persona como su representante legal.

