



## Aviso Sobre Prácticas De Privacidad

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN SUYA SE PUEDE UTILIZAR, REVELAR Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**

**POR FAVOR REVISE ESTE DOCUMENTO CUIDADOSAMENTE**

Cuando su niño recibe servicios de cuidado de salud (tales como terapia física y terapia del lenguaje) y beneficios (tal como Medicaid) por medio del programa de Intervención Temprana (EI), EI recopilará información personal de su niño. Esta información es generalmente recopilada por Conexiones de Niño y Familia (CFC) para EI. La información personal de salud se puede recopilar al inicio o mientras el niño continúa registrado en EI. EI también puede recopilar información sobre usted (tal como información acerca de su embarazo).

La ley requiere que EI proteja la privacidad de la información de salud suya y de su niño(a) e informarle de sus prácticas de privacidad. Este aviso describe algunas de las maneras en la que EI puede revelar su información personal de salud y los derechos que usted tiene concernientes a la información de salud suya o de su niño.

### **La Información de Salud Incluye y se Relaciona a:**

- la condición física, médica o de salud mental suya o de su niño(a) del pasado, presente y futuro;
- pagos por cuidado o servicios que su niño(a) recibió en el pasado, presente o futuro; y
- cuidado y servicios que su niño(a) recibió.

### **Revisiones / Cambios de Avisos de Privacidad**

Este aviso es efectivo desde el **14 de abril de 2003**. Se requiere que EI siga los términos de este aviso hasta que el aviso se revise nuevamente. EI reserva el derecho de revisar o cambiar el contenido de este aviso en cualquier instante. Si esto sucede, un nuevo aviso estará disponible en todos los CFCs y en el sitio en el Internet en [www.dhs.state.il.us/ei](http://www.dhs.state.il.us/ei) dentro de 30 días después de la fecha de vigencia del cambio. El nuevo aviso indicará "Revisado" e incluirá la fecha en la cual el cambio entró en vigencia.

### **Uso o revelación de la Información Personal de Salud**

Los propósitos por lo cual EI rutinariamente usa o revela información de salud suya o de su niño se describe en otros formularios de consentimiento que usted firma (en otras palabras, El Formulario de Consentimiento Informado). Este aviso **NO** reemplaza esos formularios de consentimiento. EI continuará buscando su consentimiento para usar o revelar información de salud suya y de su niño(a), como se describe en esos formularios de consentimiento y como lo requiere las provisiones gubernamentales de privacidad Parte C del Acta de Educación de Individuos con Discapacidades.

#### **A. USO O REVELACIÓN CON CONSENTIMIENTO PREVIO**

El continuará obteniendo su consentimiento para la mayoría de los usos e incluyendo lo siguiente:

**Tratamiento:** El obtendrá su consentimiento antes de revelar información de salud suya o de su niño(a) a un proveedor para tratamiento. Por ejemplo, El obtendrá su consentimiento antes de proveer los resultados de la evaluación diagnóstica médica de su niño al terapeuta profesional de su niño.

**Pago:** El obtendrá su consentimiento antes de revelar información de salud suya o de su niño(a) para propósitos de pago. Por ejemplo, El obtendrá su consentimiento antes de proveer información acerca de su seguro de salud a los proveedores de servicio de su niño(a).

**La Mayoría de las Funciones del Cuidado de Salud:** El continuará obteniendo su consentimiento antes de usar o revelar información de salud suya o de su niño(a) para la mayoría de las funciones de cuidado de salud. Por ejemplo, El obtendrá su consentimiento para revelar información de salud de su niño(a) a Oficiales de Audiencia del DHS cuando usted registra un pedido para mediación.



## Aviso Sobre Prácticas De Privacidad

---

### **B. USO O REVELACIÓN SIN CONSENTIMIENTO PREVIO**

El puede usar información de salud sin consentimiento para los propósitos siguientes.

Ciertas Funciones del Cuidado de Salud: El puede usar o puede revelar información de salud suya o de su niño(a) como se requiere para ciertas funciones. Por ejemplo, El puede usar su información de salud para conducir actividades de evaluación de calidad.

Cuando Se Requiere Por Ley: El puede usar o puede revelar información de salud suya o de su niño(a) como se requiere por ley federal, estatal o local. Por ejemplo, El puede revelar información si se requiere de una citación de un Tribunal Federal.

Programa de Beneficio de Gobierno: El puede usar o puede revelar información de salud suya o de su niño(a), si es necesario, para la administración de un programa de beneficio de gobierno tal como Medicaid.

Supervisión y Control Federal: El puede revelar información de salud suya o de su niño(a) a una oficina o agencia del gobierno federal con respecto a actividades de Supervisión y Control Federal. Por ejemplo, El puede revelar información a la Oficina de Programas de Educación Especial con respecto a revisiones periódicas de un programa. En la mayoría de los casos, la información revelada para este propósito, no permitirá que el individuo sea identificado.

En Caso de Emergencia: El puede revelar información de salud suya o de su niño(a) al personal médico o al personal de cumplimiento de la ley, si la información se necesita para prevenir daño inmediato a usted o a su niño(a).

Otros Usos de Información / Derechos de Revocación: Otros usos y revelación de información de salud no cubiertos por este aviso ni las leyes que aplican a El, se harán sólo con su autorización por escrito. Si usted provee a El un permiso para usar o revelar información de salud suya o de su niño(a), usted puede revocar esa autorización por escrito en cualquier momento. Si debiera revocar la autorización, El ya no usará ni revelará información suya o de su niño(a) por ninguna razón que requiera su autorización por escrito. **NOTA:** El no puede retirar ninguna revelación que se haya hecho antes de procesar su pedido de revocación.

### **Sus Derechos Con Respecto A Información De Salud**

Derecho de Inspeccionar y Copiar: Usted tiene el derecho de inspeccionar y recibir una copia de la información de salud que El tiene acerca de usted o de su niño, en la mayoría de los casos. Esto incluye registros médicos y facturas. Usted tiene que hacer el pedido por escrito a su CF local, e incluir el período de tiempo que desea revisar sus registros. Por favor tenga en cuenta que pueden cobrarle una cuota razonable, a menos que tal cuota prevenga que ejercite este derecho.

Derecho de Solicitar la Enmienda: Usted tiene el derecho de pedir que El haga una enmienda a la información de salud que ha reunido o mantiene acerca de usted o de su niño(a) si usted piensa que está incorrecta o incompleta. Si su pedido es aprobado, su pedido y la enmienda llegarán a ser parte de su registro permanente. Usted debe entregar su pedido por escrito a su CFC local. Usted debe declarar la razón por la cual solicita una enmienda.

Derecho a una Lista de Tipos y Sitios: Usted tiene el derecho de pedir una lista de tipos y sitios de información de salud acerca de usted y su niño reunidos, usados o mantenidos por El.

Derecho de Recibir una Contabilidad de la Revelación: Usted tiene el derecho de pedir una lista cada vez que El ha revelado información personal de salud acerca de usted en o después del 14 de abril de 2003, para **otras** razones que no sean tratamiento, pago o administración del cuidado de salud o ciertas otras razones, como es provisto por ley. Usted debe hacer su pedido por escrito a su CFC local. Su pedido debe incluir un período de tiempo que no pase los seis años. Favor tenga en cuenta que pueden cobrarle una cuota razonable, a menos que tal cuota le prevenga ejercitar este derecho.

Derecho de Solicitar Restricciones: Usted tiene el derecho de pedir una restricción o limitación en la información de salud que usa o revela El acerca de usted o acerca de su niño para el tratamiento, pago, y administración del cuidado de salud. Usted debe hacer el pedido por escrito a su CFC local, e indicar qué información usted quiere limitar y a quiénes aplican los límites.



## Aviso Sobre Prácticas De Privacidad

NOTA: No se requiere que el EI esté de acuerdo con su petición.

Derecho a Solicitar Métodos de Comunicación: Usted tiene el derecho de pedir que EI se comunique con usted en privado acerca de información personal de salud suya o de su niño(a), en una manera diferente o sitio diferente. Por ejemplo, usted puede pedir que EI se comunique con usted referente a la información confidencial sólo en el trabajo o por correo, o comunicarse con usted en su propio idioma si usted no habla inglés o habla inglés limitadamente.

Derecho a Recibir Copias Adicionales de este Aviso: Usted tiene el derecho de recibir copias adicionales de este aviso, si lo pide. Para pedir copias adicionales, por favor comuníquese con su CFC local.

Derecho de Registrar una Queja: Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido infringidos por EI, usted tiene el derecho de quejarse con el Oficial de Privacidad de EI o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Si usted registra una queja, EI no tomará represalias en contra suya. Si cree que su proveedor de CFC ha infringido sus derechos de privacidad, usted tiene el derecho de registrar una queja con su proveedor de CFC. Por favor comuníquese con su proveedor de CFC para información referente al procedimiento de quejas de su proveedor de CFC.

### **OFICIAL DE PRIVACIDAD**

Para recibir información adicional o para registrar una queja con EI, por favor comuníquese con el Administrador del Programa en su CFC local. El número de teléfono de el / ella es \_\_\_\_\_

Si usted quiere registrar una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, por favor escriba a:

**Region V, Office for Civil Rights  
U.S. Dept. of Health and Human Services  
233 N. Michigan Avenue, Suite 240  
Chicago, IL 60601**