



**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS  
DEL CONDADO DE MONTGOMERY  
INFORMACION DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTE DOCUMENTO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA ESTE DOCUMENTO CON CUIDADO.**

El Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery (conocido en inglés por las siglas “DHHS”) ofrece diferentes servicios los cuales incluyen, salud, abuso de alcohol y drogas, salud mental y servicios sociales. Los servicios se ofrecen en diferentes lugares del condado. El personal del DHHS necesita obtener información sobre usted para poder brindarle estos servicios. La información que usted nos dé sobre su salud pasada, presente o futura, o sobre su salud mental se conoce como *“información de salud protegida”*. Existen leyes federales y estatales que protegen la privacidad de su información de salud protegida. El DHHS cumple con todos los requisitos de estas leyes. Los empleados utilizarán o divulgarán sólo la información de salud protegida necesaria para cumplir con su trabajo.

Por ley, el DHHS debe dar a usted esta Información de Prácticas de Privacidad para explicarle nuestra responsabilidad de proteger la privacidad de su información de salud protegida. La siguiente lista explica cómo podríamos utilizar o divulgar su información de salud protegida. Si el DHHS necesita utilizar o divulgar su información de salud protegida por algún una razón diferente a las mencionadas en la lista, le pediremos que nos firme una autorización escrita en donde usted nos da permiso para compartir esta información. En caso que usted firme una autorización para compartir su información de salud protegida con una agencia externa, nosotros seguiremos sus instrucciones. La ley requiere que el DHHS siga las prácticas listadas a continuación. El DHHS tiene el derecho de hacer cambios a nuestras prácticas de privacidad. Si hacemos cambios en nuestras prácticas de privacidad, le informaremos estos cambios durante su próxima visita a nuestras oficinas. El DHHS publicará esta Información de Prácticas de Privacidad en nuestras salas de espera y en la página Web de DHHS en [www.montgomerycountymd.gov](http://www.montgomerycountymd.gov).

## **El DHHS Puede Utilizar y Divulgar Información sin su Autorización en los Sigüientes Casos:**

- **Para Tratamiento:** El DHHS es una organización que tiene diferentes programas y servicios. En algún momento, usted puede estar recibiendo servicios de salud o de salud mental a través de más de uno de nuestros programas. Nosotros podemos compartir información de salud protegida dentro de nuestro departamento, sin su autorización escrita, si es que esta información ayuda a nuestro personal a proveerle tratamiento y otros servicios. También podemos divulgar información a otros proveedores de salud que le estén brindando tratamiento. Por ejemplo, su manejador de casos puede compartir su información médica protegida con otro personal del DHHS para asegurarse que usted reciba todos los servicios de tratamiento que necesite. Podemos compartir su información de salud protegida con proveedores de salud fuera del DHHS, si es que lo estamos enviando a un especialista externo o a un servicio externo para una prueba diagnóstica.
- **Para Pagos:** El DHHS puede utilizar o divulgar su información de salud protegida para obtener pagos o para pagar por los servicios de salud y de salud mental que usted recibe. Por ejemplo, el DHHS puede utilizar su información de salud protegida para cobrar a su compañía de seguros o Medicaid por el tratamiento que usted recibió.
- **Para Transacciones Relacionadas con el Cuidado de la Salud:** El DHHS puede utilizar o divulgar información de salud protegida para manejar sus programas o actividades. Por ejemplo, el DHHS puede utilizar su información de salud protegida para evaluar la calidad de los servicios que usted recibe a través de nuestro departamento.
- **Para Citas o Notificaciones:** El DHHS puede necesitar comunicarse con usted o con su representante para programar una cita, para pedirle que complete formularios o para localizarlo en caso de emergencia.
- **Para Tratamiento por Abuso de alcohol y drogas:** La confidencialidad de los antecedentes sobre el abuso de alcohol y drogas está protegida por las leyes y regulaciones federales. Por lo general, el DHHS no divulgará ninguna información relacionada con su tratamiento por abuso de alcohol y drogas a menos que:
  - Usted haya firmado un consentimiento escrito;
  - La divulgación sea requerida por una orden de la corte; o

- La divulgación sea hecha a personal médico durante una emergencia médica o a personal calificado para investigación, auditoría o evaluación de programas.
- **Compañías Asociadas (Contratistas):** El DHHS le brinda a usted algunos servicios a través de contratos con otras agencias. Podremos divulgar su información de salud protegida a estos contratistas para que ellos puedan realizar el trabajo para el cual han sido contratados. Sin embargo, DHHS requiere que nuestros contratistas también tomen medidas para proteger su información de salud protegida.
- **Para su Familia, Amigos u Otras Personas Involucradas en su Cuidado:** El DHHS puede divulgar información de salud a su familia u otros que estén involucrados en su cuidado médico. Por ejemplo, podemos discutir su condición médica con su hija o hijo adulto encargado de hacer arreglos para su cuidado en el hogar. Si usted no desea que compartamos esta información con sus familiares, por favor solicite que no lo hagamos. No compartiremos información sobre su salud mental o historial o cuidado por abuso de sustancias con su familia a menos que usted nos entregue una autorización escrita.
- **Para Programas Gubernamentales:** El DHHS puede divulgar su información de salud protegida para determinar si usted es elegible para otros beneficios o programas gubernamentales tales como el programa de beneficios del Seguro Social.
- **Para Actividades de Salud Pública:** Podemos utilizar o divulgar información de salud protegida para actividades de salud pública. Por ejemplo, si usted ha estado expuesto a una enfermedad contagiosa (por ejemplo, una enfermedad de transmisión sexual), la reportaremos al Estado y tomaremos otras acciones para prevenir que dicha enfermedad se extienda.
- **Por Quejas e Investigaciones de Abuso o Negligencia:** Por ley se requiere que DHHS informe sobre cualquier sospecha de casos de abuso o negligencia con niños, adultos vulnerables, incluyendo adultos que hayan sido abusados cuando niños.
- **Para Evitar Daños:** El DHHS puede divulgar a la policía su información de salud protegida bajo ciertas condiciones. Por ejemplo, si usted hace daño a un empleado de nuestro personal o a algún cliente, si causa daño a nuestra propiedad, o si nuestro personal profesional cree que usted puede causar daños a otros o a sí mismo, nos comunicaremos con la policía. El DHHS puede divulgar

también información de salud protegida en caso de amenazas al público, como ataques terroristas o desastres.

- **A Funcionarios Encargados de Investigar Muertes Sospechosas, Directores de Funerarias, Examinadores Médicos y para Donación de Órganos:** El DHHS puede divulgar información de salud relacionada con la muerte a jueces, examinadores médicos y directores de funerarias así como también a organizaciones debidamente autorizadas relacionadas con la donación o transplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Para Propósitos de Investigación:** El DHHS puede utilizar información de salud protegida para estudios e investigaciones. Dichas investigaciones no identificarán personas específicas por nombre.
- **Para Procedimientos Judiciales:** Si usted ha estado en corte y su tratamiento es parte del caso, estaremos obligados por ley a proveer información sobre usted a la corte.

## **Derechos Sobre su Información de Salud**

### **Usted tiene derecho a:**

- Pedirnos que no compartamos su información médica según lo indicado anteriormente por medio de una solicitud escrita dirigida a nuestro Oficial de Privacidad. No estamos obligados a aceptar su petición, pero en el caso que lo hagamos, seguiremos las instrucciones que usted nos haya dado.
- Obtener una copia de esta Información de Prácticas de Privacidad. Esta información está disponible en varios formatos según se solicite.
- Solicitar al personal del DHHS que se comunique con usted en distintos lugares o que le contacte de manera distinta a la que normalmente utilizamos. Por ejemplo, usted puede solicitar que lo contactemos por teléfono o correo a su trabajo en lugar de su casa.
- Mirar, revisar y recibir una copia de la información que mantenemos sobre usted en nuestros récords. Debe hacer esta solicitud por escrito y le cobraremos una tarifa para pagar el costo de las copias de su récord. Existen ciertas situaciones en las que no le daremos el derecho de revisar su récord. En este caso, le explicaremos la razón de la decisión.

- Hacer enmiendas (una corrección o adición) a su información de salud cuando usted crea que la información que tenemos está incorrecta o incompleta. Debe hacer esta solicitud por escrito.
- Recibir un listado detallado de las divulgaciones que hayamos hecho después del 14 de abril del 2003. Este listado no incluye divulgaciones hechas para propósitos de tratamiento, pagos o transacciones de atención de salud. Debe hacer esta solicitud por escrito.
- Contactar al Oficial de Privacidad del DHHS, en el número que aparece al final de esta notificación, si tiene preguntas sobre cómo manejamos su información de salud protegida, o si quiere hacer una queja o reportar algún problema.

## **Cómo Contactar a DHHS para Revisar, Corregir, Copiar o Limitar Su Información de Salud Protegida**

Usted puede contactar su oficina local del DHHS o al Oficial de Privacidad del DHHS en la dirección indicada al final de esta notificación para:

- Ver una copia de su récord;
- Limitar el uso o la divulgación de su información;
- Cancelar una autorización;
- Corregir o añadir información a su récord;
- Solicitar un listado de las ocasiones en las que el DHHS ha divulgado información sobre usted;
- Recibir una copia escrita de esta Información de Prácticas de Privacidad;
- Recibir esta Información en otro formato; como en Braille o letra grande.

El DHHS puede negar su solicitud para mirar, copiar o cambiar su récord. Si el DHHS niega su solicitud, le enviaremos una carta en la que le indicaremos la razón de la decisión y cómo usted puede solicitar una revisión de dicha negación o cómo hacer una queja.

### **Para Hacer una Queja o Reportar un Problema**

Para hacer una queja o reportar un problema sobre la forma como el DHHS ha utilizado o divulgado su información, comuníquese con Departamento de Salud y Servicios Humanos o con la Oficina de Derechos Civiles a las oficinas listadas a continuación. El DHHS no tomará represalias en contra suya

por hacer una queja, o por cooperar con una investigación y sus beneficios no se verán afectados de ninguna manera.

Oficial de Privacidad

Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery

401 Hungerford Drive

Rockville, MD 20850

240-777-1210 (mensaje) 240-777-1398 (TTY)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, Región III

150 S. Independence Mall West, Suite 372

Public Ledger Building, Philadelphia, PA 19106-9111

215-861-4441 (mensaje) 215-861-4441 (TDD) 1-800 368-1019 (Línea de Información)

---

**Tanto el Cliente como el empleado, deben firmar este acuerdo.**

Recibí esta información:

\_\_\_\_\_  
Cliente o Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

Firme Su Nombre

\_\_\_\_\_  
Escriba Su Nombre

Si no es posible confirmar el recibo de la notificación, especifique la razón:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Representante del DHHS

September 2003

BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINAS  
MONTGOMERY FOOT & ANKLE ASSOCIATES, L.L.C.

ADAM K. SPECTOR, DPM

2730 UNIVERSITY BLVD. W, SUITE 1000 • WHEATON, MD 20902 • (301) 949-3668 • FAX (301) 949-8833  
15020 SHADY GROVE ROAD • ROCKVILLE, MD 20850 • (240) 268-7450 • FAX (301) 545-1814



Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Núm de telefono ( ) \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Sexo ( F - M ) Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
 Núm Licencia de conducir \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
 Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_ Núm de telefono \_\_\_\_\_  
 Dirección del Trabajo \_\_\_\_\_  
 Nombre de su Esposo(a) \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_  
 Referido a esta Oficina por: \_\_\_\_\_ Medico de la Familia \_\_\_\_\_

APODERADO/GUARDIAN\* (Otra persona que no sea el paciente)

email: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Núm de telefono ( ) \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_  
 Sexo ( F - M ) Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
 Núm Licencia de conducir \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
 Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_ Núm de telefono \_\_\_\_\_  
 Dirección del Trabajo \_\_\_\_\_  
 Nombre de su Esposo(a) \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_

Por favor indique (✓) Problemas de salud, enfermedades (use el reverso de esta página si fuese necesario)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> enfermedad del corazón  | <input type="checkbox"/> presión alta              | <input type="checkbox"/> diabetes                              |
| <input type="checkbox"/> problemas con la sangre | <input type="checkbox"/> anemia                    | <input type="checkbox"/> epilepsia                             |
| <input type="checkbox"/> artritis                | <input type="checkbox"/> SIDA                      | <input type="checkbox"/> enfermedad sickle cell                |
| <input type="checkbox"/> fiebre reumática        | <input type="checkbox"/> asma                      | <input type="checkbox"/> enfermedad del hígado                 |
| <input type="checkbox"/> cancer                  | <input type="checkbox"/> enfermedad de los riñones | <input type="checkbox"/> enfermedades venereas                 |
| <input type="checkbox"/> hepatitis               | <input type="checkbox"/> tuberculosis              | <input type="checkbox"/> enfermedad del estómago/ulcera        |
| <input type="checkbox"/> enfermedades en la piel | <input type="checkbox"/> cirugías                  | <input type="checkbox"/> transfusión de sangre/abuso de drogas |
| <input type="checkbox"/> otras enfermedades      |  |  |

Por favor indique las medicinas que esta tomando \_\_\_\_\_

Indique (✓) si tiene alergias:

- |                                     |  |   |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> penicilina | <input type="checkbox"/> anestesia local | <input type="checkbox"/> cinta adhesiva |
| <input type="checkbox"/> yodo       | <input type="checkbox"/> sulfa           | <input type="checkbox"/> otras _____    |

Describa el problema que usted tiene \_\_\_\_\_

Cuando le comenzo? \_\_\_\_\_ Cuanto pesa \_\_\_\_\_

**\*Por Favor Muestre su Tarjeta de Seguro a la Recepcionista**

Compañía de Seguro (Primaria)

Compañía de Seguro (Secundaria)

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

**Autorización:**

Autorizo al Dr. Adam K. Spector que someta en mi nombre reclamos por los beneficios-medigap. Certifico que la información sobre mi Seguro de Salud es correcta. Así mismo autorizo que se provea a mi Seguro información pertinente a mi salud, para facilitar el proceso de reclamo. Finalmente entiendo que soy responsable por el pago de sus servicios, y si mi cuenta llega a reflejar un saldo atrasado por pagar, me responsabilizare por los gastos de honorarios de abogado y gastos de corte incurridos para recobrar esta deuda.

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_