

# Kansas Department of Health and Environment, Division of Health Care Finance (DHCF)

## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

### For the Use and Disclosure of Protected Health Information

If you have any questions as to why this Notice was sent to you, please contact a DHCF consumer assistance representative at 1-800-766-9012.

(Para obtener una copia de esta nota en español, contacta al Oficial de la Privacidad de DHCF en \_1-800-766-9012.)

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION AS REQUIRED BY THE HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT (HIPAA). PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

HIPAA Effective Date: April 14, 2003

Date of This Notice: September 23, 2013

#### Why is DHCF sending you this Notice?

We want to protect the privacy of your personal information. Federal law requires us to make sure your protected health information (PHI) is kept private. That law is known as the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). We must give you this Notice of our legal duties and privacy practices with respect to your PHI.

We must also follow the terms of the Notice that are in effect right now. We reserve the right to change the terms of this Notice and our privacy policies at any time. If we make these changes, they will affect all PHI we maintain. This includes PHI we received or created before the change. If we do change the terms of our privacy policy, we will post a new Notice on our website and send a copy to each head of household within 60 days.

PHI is information that we have created or received about your past, present, or future health or medical condition. This information could be used to identify you. It also includes information about medical treatment you have received and about payment for health care you have received. It may include your name, age, address and social security number. We must tell you how, when, and why we use and/or share your PHI.

PHI also includes your genetic information and we are not permitted to use your genetic information for any underwriting purposes.

#### How do we collect your protected health information?

We collect PHI from you. We also receive PHI from your health care providers. For example, we might get PHI from your health care providers when they submit a claim to be paid for services they provided to you. We get PHI from you when you fill out your application for health care coverage.

#### How and when can we use or disclose your PHI?

HIPAA and other laws allow or require us to use or disclose your PHI for many reasons. Sometimes we are not required to get your written consent to use or disclose your PHI. For other reasons, we may need you to agree in writing that we can use or disclose your PHI. In this Notice, we have listed reasons we are allowed to use or disclose your PHI without getting your permission. Not every use or disclosure is listed. The ways we can use and/or disclose information without your written consent fall within one of the descriptions below:

- **So you can receive treatment.** We use and disclose your PHI to those who provide you with health care services or who are involved in your care. These people may be doctors, nurses, or other health care professionals. For example, if you are being treated for a knee injury, we give your PHI to the people providing your physical therapy.
- **To get payment for your treatment.** We use and disclose your PHI to pay providers for treatment and services you receive. For example, we may give parts of your PHI to our claims department or others who do these things for us. They can use your PHI to make sure your health care providers are paid correctly for the health care services you receive.
- **To operate our business.** We use and disclose your PHI to operate our health plan, including research and organ donation. We use PHI to send you appointment reminders. We also use PHI to give you information about other

health care treatment, services or benefits. For example to review and improve the quality of health care services you get. Before we share PHI with other organizations, they must agree to keep your PHI private.

- **To meet legal requirements.** We share PHI with government or law enforcement agencies when federal, state, or local laws require us to do so. We also share PHI when we must in a court, administrative proceedings, or other legal proceedings. For example, when the law says we must report PHI in emergency situations or about people and children, who have been abused, neglected, or are victims of domestic violence, we share PHI.
- **To report public health activities.** We share PHI with government officials that collect public health information, or conduct public health investigations, surveillance, or interventions. For example, we share PHI about births, deaths, and some diseases with local and state health departments.
- **For health oversight activities.** We share PHI if a government agency is investigating or inspecting a health care provider or organization or as otherwise authorized by law.
- **To avoid harm.** In order to avoid a serious threat to the health or safety of a person or the public, we provide PHI to law enforcement or people who may be able to stop or lessen the harm.
- **For workers' compensation purposes.** We share PHI to comply with laws relating to workers' compensation or other similar programs, established by law, that provide benefits for work-related injuries or illness without regard to fault.
- **To coroners, medical examiners or funeral directors.** We give PHI to coroners, medical examiners or funeral directors for the purpose of identifying a deceased person, determining a cause of death, or other duties as authorized by law.
- **For specialized government functions.** We disclose to authorized federal officials PHI required for lawful military and veterans activities, protective services for the President and others, medical suitability determinations, correctional institutions and other law enforcement custodial situations, for intelligence, counter-intelligence, and other national security activities and in some situations to agencies administering a government program.

**Other uses and disclosures require your prior written agreement.** In other situations, such as psychotherapy notes and marketing, we will ask for your written authorization before we use or disclose your PHI. Your authorization to let us use or disclose your PHI can be changed at any time. You cannot change your decision about information already released with your authorization. Requests to not disclose PHI must be made in writing to the DHCf Privacy Officer. That address is at the end of this notice.

**Breach Notification.** You have the right to be notified when the privacy and security of your health information has been compromised and is considered to meet the definition of a "breach" under HIPAA.

**Fundraising Activities.** We will not use your PHI for fundraising activities.

#### **Will you give my PHI to my family, friends or others?**

A friend or family member may be helping you get or pay for your medical care. For example, you may be talking to a provider and your mother is with you. We may discuss your PHI with you in front of her. We will not discuss your PHI with you when others are present if you tell us not to.

There may be a time when you are not present or you are unable to make health care decisions for yourself. For example, you may not be conscious but a friend is with you. If our professional judgment is that sharing your PHI with your friend is what is best for you, we will do so.

#### **How do we protect your personal information?**

We protect your PHI by:

- Treating all PHI that we collect about you as confidential.
- Stating confidentiality and privacy policies and practices in our HIPAA training.
- Creating disciplinary measures for privacy violations.
- Restricting access to your PHI only to those employees who need to know about you to provide our services to you, like paying a claim for a covered benefit.

- Disclosing the minimum PHI needed for a service company to perform its function. We make sure the company agrees to protect and maintain the confidentiality of your PHI.
- Maintaining physical, electronic, and procedural safeguards that comply with federal and state regulations to guard your PHI.

**What are your rights with respect to your PHI?**

You have a qualified right to ask that we restrict how we use and give out your PHI. You can also request a limit on the PHI we give to someone who is involved in your treatment, payment or our healthcare operations. For example, you could ask that we not use or disclose information about a treatment that you had to a family member or friend. You must tell us in writing what you want. We will consider your request. We are not required to agree to any requested restriction. If we accept your request, we will put any limits in writing. We will honor these limits except in emergency situations. You may not limit the way we use and disclose PHI when we are required by law to make the use or disclosure. Send your request to the DHCF Privacy Officer. The address is on the last page of this notice.

**You have a qualified right to ask us to send your PHI to an address of your choice or to communicate with you in a certain way within reason.**

You must tell us in writing what you want. You must tell us if you are making the request because you believe that the disclosure of all or part of the PHI could put you in danger if we do not meet your request. For example, you can ask us to send PHI to your work address instead of your home address. You may ask that we send your PHI by email rather than regular mail. You may be assessed reasonable charges to comply with your request, which must be paid in advance. Send your request to the DHCF Privacy Officer. The address is on the last page of this notice.

**You have a qualified right to look at or get copies of your PHI that we have. You have a right to ask for and receive copies of your PHI. You have a right to receive electronic copies of your PHI as well.** You must make that request in writing. You may be assessed reasonable fees to provide these copies. If we do not have your PHI, we will tell you how you may be able to get it. We will respond to you within 30 days after we receive your written request. (Response may take longer if the information is not stored on-site.) In the event that 30 days is not enough time to retrieve the information you are requesting, we will advise you of an additional extension of up to 30 days.

In certain situations, we may deny your request. If we do, we will tell you, in writing, the reasons we are denying your request. We will also explain your right in limited situations to have our denial reviewed. Send your request to the DHCF Privacy Officer. The address is on the last page of this notice.

**You have a qualified right to a list of times we have shared your PHI.** Your request for the list can go back as far as six years. We will respond within 60 days of receiving your written request for your PHI.

The disclosure list we send you will include:

1. The date of the disclosure;
2. The person to whom PHI was disclosed (including their address, if known);
3. A brief description of the information disclosed; and
4. A brief statement of the purpose of the disclosure.

The list will not include:

- a) Disclosures we made so you could get treatment;
- b) Disclosures we made so we could receive payment for your treatment;
- c) Disclosures we made in order to operate our business;
- d) Disclosures made directly to you or to people you designated;
- e) Disclosures made for national security or intelligence purposes;
- f) Disclosures made to corrections or law enforcement personnel;
- g) Disclosures we made before we sent you this message;
- h) Disclosures we made when we had your written permission; or
- i) Disclosures made more than six years before the date of your request.

You may request one free disclosure list each calendar year. If you ask for another list in the same calendar year, we will send you one if you agree to pay the reasonable fee in advance that we will charge. To make this request, write to the DHCF Privacy Officer. The address is at the end of this notice.

**You have a qualified right to ask us to correct your PHI or add missing information if you think there is a mistake.** Your request must be in writing to the DHCF Privacy Officer. The address is on the last page of this notice. Your request must give the reason for the changes. We will respond within 60 days of receiving your written request. We can use an extension of 30 days if we

need it. If we approve your request, we will make the change to your PHI. We will tell you that we have made the change. We will also tell others who need to know about the change to your PHI.

We may deny your request if your PHI is:

- a) Already correct and complete;
- b) Not created by us;
- c) Not allowed to be disclosed; or
- d) Not part of our records.

If we deny your request, we will tell you why in writing. Our written denial will also explain your right to file a written statement of disagreement. You have the right to ask that your written request, our written denial and your statement of disagreement be attached to your PHI any time we give it out in the future. You can send this request in writing to the DHCF Privacy Officer at the address at the end of this notice.

**How can you get a paper copy of this notice?**

- If you are a State employee, you can download the Notice from the DHCF website at <http://www.sehbp.org/system/resources/BAhbBlsHOgZmlilyMDExLzA3LzA1L1NFSFBOT1BQMDcwMTExLnBkZg/SEHPNOPP070111.pdf>
- If you are a Kansas Medical Assistance Program (KMAP) beneficiary, you can get a copy of the Notice by calling the Medical Assistance Customer Service Center at 1-800-766-9012.

**How can you reach us to register a complaint about our privacy practices or get further information about matters covered by this notice?**

If you think that we may have violated your privacy rights, you may send your written complaint within 180 days of the alleged violation to the address listed below, or you may get further information about matters covered by this notice or obtain a paper copy of this notice by writing to:

DHCF Privacy Officer  
Kansas Department of Health and Environment, Division of Health Care Finance  
Curtis State Office Building, Suite 560  
1000 SW Jackson Street  
Topeka, KS 66612  
785-291-3951

Additionally, if you believe your privacy rights have been violated, you may also make a complaint to the Secretary of the United States Department of Health and Human Services. You will not be penalized for filing a complaint about our privacy practices. The contact information is:

U.S. Department of Health & Human Services  
Office for Civil Rights  
601 East 12th Street – Room 248  
Kansas City, MO 64106  
(816) 426-7278; (816) 426-7065 (TDD); (816)426-3686 FAX

# Kansas Department for Aging and Disability Services (KDADS)

## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

**THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.**

**Para obtener la versión en español de este aviso contacte a la Oficina del Área (enumeradas al final de este documento) que atiende al condado de su residencia**

The Kansas Department for Aging and Disability Services (KDADS) understands that information we collect about you and your health is personal. Keeping your health information private is one of our most important responsibilities. We are committed to protecting your health information and following all laws regarding the use of your health information. The following is a notice of our legal duties and privacy practices with respect to your health information. If you have questions about any part of this Notice or if you want more information about the privacy practices at KDADS, please contact your local representative or KDADS Privacy Officer indicated on the contact list below.

### **A. How KDADS May Use or Disclose Your Health Information**

The following categories describe the ways KDADS may use and disclose your health information, as part of our normal operations to assist you, without asking you for permission. For each category of uses and disclosures, we will explain what we mean and present some examples. In each category we will only disclose the minimum amount of information needed to accomplish the task. Not every use or disclosure in a category will be listed. However, the ways we are permitted to use and disclose information will fall within one of the categories.

**1. Treatment.** We may use or disclose health information about you to provide the necessary treatment for you. For example, if you are a patient of one of the state hospitals we may use medical information about you to provide you with treatment or services. We may disclose medical information about you to qualified mental health professionals, mental retardation professionals, counselors, or technicians. Your treatment team members will internally discuss your medical/health information in order to develop and carry out a plan for your services. Different departments of the facility also may share medical/health information about you in order to coordinate the different things you need, such as prescriptions, medical tests, special dietary needs, respite care, personal assistance, day programs, etc. We also may disclose medical/health information with people outside the hospital who may be involved in your medical care, but only the minimum necessary amount of information will be used or disclosed to carry this out.

**2. Payment Functions.** We may use or disclose health information about you to determine eligibility for plan benefits, obtain premiums, facilitate payment for the treatment and services received from providers, determine program responsibilities for benefits, and to coordinate program benefits. For example, payment functions may include reviewing the medical necessity for health care services and reviewing a plan of care for payment to one of KDADS community partners such as a Community Developmental Disability Organization, Community Mental Health Center, or Regional Alcohol and Drug Abuse Treatment Center, just to mention a few. We may also use or disclose health information to facilitate proper payment for treatment such as providing your Medicaid identification number to a health care provider, a pharmacy, or other health provider who has an agreement with KDADS to provide services to our clients/patients.

**3. Health Care Operations.** We may use or disclose health information about you to carry out necessary program-related activities. Such activities may include underwriting, premium rating, and other activities relating to plan coverage; conducting quality assessment and improvement activities; conducting or arranging for medical or program reviews, legal services, audit services, and fraud and abuse detection programs; business planning, management and general administration; case management and care coordination; accreditation, certification, licensing, or credentialing activities.

**4. Required by Law.** As required by law, we may use and disclose your health information. For example, we may disclose medical information when required by a court order in a litigation proceeding such as a malpractice action, a child custody hearing, or establishing paternity.

5. **Public Health.** As required by law, we may disclose your health information to public health authorities for purposes related to: preventing or controlling disease, injury or disability; reporting child abuse or neglect; reporting to the Food and Drug Administration problems with products and reactions to medications; and reporting disease or infection exposure.

6. **Disclosures about Victims of Abuse, Neglect or Domestic Violence.** We may disclose protected health information about an individual who we reasonably believe is a victim of abuse, neglect, or domestic violence to a government authority, including a social service or protective services agency, authorized by law to receive reports of such abuse, neglect, or domestic violence.

7. **Health Oversight Activities.** We may disclose your health information to health agencies during the course of audits, investigations, inspections, licensure, and other proceedings related to oversight of the Agency programs. Examples would be sharing health information with the Kansas Department of Health and Environment for their licensure activities involving child care centers or nursing home facilities.

8. **Judicial and Administrative Proceedings.** We may disclose your health information in the course of any administrative or judicial proceeding.

9. **Law Enforcement.** We may disclose your health information to a law enforcement official for purposes such as identifying or locating a suspect, fugitive, material witness or missing person, or complying with court order or subpoena and other law enforcement purposes.

10. **Coroners, Medical Examiners and Funeral Directors.** We may disclose your health information to coroners, medical examiners, and funeral directors, if, for example, it is necessary to identify a deceased person or determine the cause of death.

11. **Organ and Tissue Donation.** We may disclose your health information to organizations involved in procuring, banking, or transplanting organs and tissues, as necessary.

12. **Public Safety.** We may disclose your health information to appropriate persons in order to prevent or lessen a serious and imminent threat to the health or safety of a particular person or the general public.

13. **National Security.** We may disclose your health information for military, national security, prisoner, and government benefits purposes.

14. **Workers Compensation.** We may disclose your health information as necessary to comply with workers compensation or similar laws.

15. **Marketing.** We may provide health information to other state or local agencies who may contact you to give you information about health-related benefits and services that may be of interest to you.

16. **Appointment Reminders.** We may use and disclose your health information to contact you with appointment reminders for treatment or services provided by KDADS.

17. **Research Activities.** We may disclose health information about you for research purposes.

## **B. When KDADS May Not Use or Disclose Your Health Information**

Except as described in this Notice of Privacy Practices, we will not use or disclose your health information without written authorization from you. If you do authorize us to use or disclose your health information for another purpose, you may revoke your authorization in writing at any time to the local contact person or KDADS Privacy Officer indicated on the contact list below. If you revoke your authorization, we will no longer be able to use or disclose health information about you for the reasons covered by your written authorization, though we will be unable to take back any disclosures we have already made with your permission.

## **C. Statement of Your Health Information Rights**

- 1. Right to Request Restrictions.** You have the right to request restrictions on certain uses and disclosures of your health information. KDADS is not required to agree to the restrictions that you request. If you would like to make a request for restrictions, you must submit your request in writing to the local contact person or KDADS Privacy Officer indicated on the contact list below.
- 2. Right to Request Confidential Communications.** You have the right to receive your health information through a reasonable alternative means or at an alternative location. To request confidential communications, you must submit your request in writing to the local contact person or KDADS Privacy Officer indicated on the contact list below.
- 3. Right to Inspect and Copy.** You have the right to inspect and copy health information about you that may be used to make decisions about your treatment or benefits, with the exception of psychotherapy notes or information gathered for and used in legal or administrative proceedings. To inspect and copy such information, you must submit your request in writing to the local contact or KDADS Privacy Officer indicated on the contact list below. If you request a copy of the information, we may charge you a reasonable fee to cover expenses associated with your request.
- 4. Right to Request Amendment.** You have the right to request KDADS to amend your health information if you believe it is incorrect or incomplete. We are not required to change your health information, and if your request is denied, we will provide you with information about our denial and how you can disagree with the denial. To request an amendment, you must make your request in writing to the local contact or KDADS Privacy Officer indicated on the contact list below.
- 5. Right to an Accounting of Disclosures.** You have the right to receive a list of “accounting of disclosures” of your health information made by us, except that we do not have to account for disclosures made for purposes described in Section A 1-3, of this document, disclosures authorized by you or disclosures made to you. To request this list of disclosures, you must submit your request in writing to the local contact person or KDADS Privacy Officer indicated on the contact list below.
- 6. Right to Paper Copy.** You have a right to receive a paper copy of this Notice of Privacy Practices at any time. To obtain a paper copy of this Notice, send your written request to the local or state contact indicated on the contact list below. You may also obtain a copy of this Notice at our website, [www.KDADS.ks.gov](http://www.KDADS.ks.gov).

## **D. Changes to this Notice of Privacy Practices.**

KDADS reserves the right to amend this Notice of Privacy Practices at any time in the future and to make the new Notice provisions effective for all health information that it maintains. We will promptly revise our Notice and distribute it to you whenever we make material changes to the Notice. Until such time, KDADS is required by law to comply with the current version of this Notice.

## **E. Complaints.**

If you believe your privacy rights have been violated you may take the following actions:

File a complaint with KDADS by contacting the KDADS Privacy Officer, or the local contact, in writing at the address as indicated on the contact list below, or file a written complaint with the Office for Civil Rights, Secretary of the Department of Health and Human Services, 601 East 12<sup>th</sup> Street - Room 248, Kansas City, Missouri 64106.

You will not be retaliated against for filing a complaint. Your health care services and/or benefits will not be affected in any way.

This Notice of Privacy Practices is effective April 14, 2003.

**HIPAA LOCAL CONTACT LIST**

<b>Regional Office Contact</b>	<b>Telephone #</b>	<b>Counties Served</b>
<b>Contacto en la Oficina del Area</b>	<b>Telefono</b>	<b>Condados Atendidos</b>
Kansas City Metro Region 1901 Delaware P.O. Box 590 Lawrence, KS 66044-0590	(785) 832-3710	Douglas, Franklin, Johnson, Leavenworth, Miami, Wyandotte
Northeast Region 500 SW Van Buren Box 1424 66601 Topeka, KS 66603	(785) 296-8768 (785) 296-2230 (785) 296-5661 en español	Atchison, Brown, Clay, Cloud, Dickinson, Doniphan, Jackson, Jefferson, Ellsworth, Geary, Jewell, Lincoln, Marshall, Mitchell, Nemaha, Osage, Ottawa, Pottawatomie, Republic, Riley, Saline, Shawnee, Wabaunsee, Washington
South Central Region 1701 Wheeler Emporia, KS 66801	(620) 342-2505 ext. 207	Butler, Chase, Chautauqua, Coffey, Cowley, Elk, Greenwood, Harper, Harvey, Kingman, Lyon, Marion, McPherson, Morris, Reno, Rice, Sumner
Southeast Region 1500 West 7th Chanute, KS 66720	(620) 431-5000 ext. 202	Allen, Anderson, Bourbon, Cherokee, Crawford, Labette, Linn, Montgomery, Neosho, Wilson, Woodson
West Region 1710 Palace Drive Garden City, KS 67846	(620) 272-5985	Barber, Barton, Cheyenne, Clark, Comanche, Decatur, Edwards, Ellis, Finney, Ford, Gove, Graham, Grant, Gray, Greeley, Hamilton, Haskell, Hodgeman, Kearney, Kiowa, Lane, Logan, Meade, Morton, Ness, Norton, Osborne, Pawnee, Phillips, Pratt, Rawlins, Rooks, Rush, Russell, Scott, Seward, Sheridan, Sherman, Smith, Stafford, Stanton, Stevens, Thomas, Trego, Wallace, Wichita
Wichita Region 230 East William Wichita, KS 67202	(316) 337-7061	Sedgwick
<b>State</b> - Kansas Department for Aging and Disability Services New England Building 503 S. Kansas Ave. Topeka, KS 66603-3404	(800) 432-3535	State-wide  En todo el estado

INSTITUTIONS

INSTITUCIONES

<p>Kansas Neurological Institute 3107 SW 21st Street Topeka, KS 66604</p>	<p>(785) 296-5301 FAX: (785) 296-7923</p>
<p>Larned State Hospital Rt. 3, Box 89 Larned, KS 67550</p>	<p>(620) 285-4026 (620) 285-4130 FAX: (620) 285-4149</p>
<p>Rainbow Mental Health Facility 2205 W. 36th Ave. Kansas City, KS 66103</p>	<p>(913) 755-7073 (913) 755-7169 FAX: (913) 755-2637</p>
<p>Parsons State Hospital 2601 Gabriel P.O. Box 738 Parsons, KS 67357</p>	<p>(620) 421-6550 ext. 1719 FAX: (620) 421-3623</p>
<p>Osawatomie State Hospital Box 500 Osawatomie, KS 66064</p>	<p>(913) 755-7073 (913) 755-7169 FAX: (913) 755-2637</p>

# **Kansas Department for Children and Families (DCF)**

## **NOTICE OF USE OF PRIVATE HEALTH INFORMATION**

**THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.**

**PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.**

The Kansas Department for Children and Families (DCF) understands that information we collect about you and your health is personal. Keeping your health information private is one of our most important responsibilities. We are committed to protecting your health information and following all laws regarding the use of your health information. The following is a notice of our legal duties and privacy practices with respect to your health information. If you have questions about any part of this Notice or if you want more information about the privacy practices at DCF, please contact your local representative or the DCF Privacy Officer indicated on the contact list below.

### **A. How DCF May Use or Disclose Your Health Information**

The following categories describe the ways DCF may use and disclose your health information, as part of our normal operations to assist you, without asking you for permission. For each category of uses and disclosures, we will explain what we mean and present some examples. In each category we will only disclose the minimum amount of information needed to accomplish the task. Not every use or disclosure in a category will be listed. However, the ways we are permitted to use and disclose information will fall within one of the categories.

#### **1. Treatment.**

We may use or disclose health information about you to provide the necessary treatment for you. For example, if you are a patient of one of the state hospitals we may use medical information about you to provide you with treatment or services. We may disclose medical information about you to qualified mental health professionals, mental retardation professionals, counselors, or technicians. Your treatment team members will internally discuss your medical/health information in order to develop and carry out a plan for your services. Different departments of the facility also may share medical/health information about you in order to coordinate the different things you need, such as prescriptions, medical tests, special dietary needs, respite care, personal assistance, day programs, etc. We also may disclose medical/health information with people outside the hospital who may be involved in your medical care but only the minimum necessary amount of information will be used or disclosed to carry this out.

#### **2. Payment Functions.**

We may use or disclose health information about you to determine eligibility for plan benefits, obtain premiums, facilitate payment for the treatment and services received from providers; determine program responsibilities for benefits; and coordinate program benefits. For example, payment functions may include reviewing the medical necessity for health care services, reviewing a plan of care for payment to community partners such as a Community Developmental Disability Organization, Community Mental Health Center, Regional Alcohol and Drug Abuse Treatment Center, just to mention a few. We may also use or disclose health information to facilitate proper payment for treatment such as providing your Medicaid identification number to a health care provider, pharmacy, or other health provider who has an agreement with DCF to provide services to our clients/patients.

#### **3. Health Care Operations.**

We may use or disclose health information about you to carry out necessary program-related activities. Such activities may include underwriting, premium rating, and other activities relating to plan coverage; conducting quality assessment and improvement activities; conducting or arranging for medical or program reviews, legal services, audit services, and fraud and abuse detection programs; business planning, management, and general administration; case management and care coordination; accreditation, certification, licensing, or credentialing activities.

#### **4. Required by Law.**

As required by law, we may use and disclose your health information. For example, we may disclose medical information when required by a court order in a litigation proceeding such as a malpractice action, child custody hearing, or establishing paternity.

**5. Public Health.**

As required by law, we may disclose your health information to public health authorities for purposes related to: preventing or controlling disease, injury or disability; reporting child abuse or neglect; reporting to the Food and Drug Administration problems with products and reactions to medications; and reporting disease or infection exposure.

**6. Disclosures about Victims of Abuse, Neglect or Domestic Violence.**

We may disclose protected health information about an individual who we reasonably believe is a victim of abuse, neglect, or domestic violence to a government authority, including a social service or protective services agency, authorized by law to receive reports of such abuse, neglect, or domestic violence.

**7. Health Oversight Activities.**

We may disclose your health information to health agencies during the course of audits, investigations, inspections, licensure, and other proceedings related to oversight of the Agency programs. Examples would be sharing health information with the Kansas Department of Health and Environment for their licensure activities involving child care centers or nursing home facilities.

**8. Judicial and Administrative Proceedings.**

We may disclose your health information in the course of any administrative or judicial proceeding.

**9. Law Enforcement.**

We may disclose your health information to a law enforcement official for purposes such as identifying or locating a suspect, fugitive, material witness or missing person; complying with court order or subpoena; and other law enforcement purposes.

**10. Coroners, Medical Examiners and Funeral Directors.**

We may disclose your health information to coroners, medical examiners, and funeral directors, if, for example, it is necessary to identify a deceased person or determine the cause of death.

**11. Organ and Tissue Donation.**

We may disclose your health information to organizations involved in procuring, banking, or transplanting organs and tissues, as necessary.

**12. Public Safety.**

We may disclose your health information to appropriate persons in order to prevent or lessen a serious and imminent threat to the health or safety of a particular person or the general public.

**13. National Security.**

We may disclose your health information for military, national security, prisoner, and government benefits purposes.

**14. Workers Compensation.**

We may disclose your health information as necessary to comply with workers compensation or similar laws.

**15. Marketing.**

We may provide health information to other state or local agencies who may contact you to give you information about health-related benefits and services that may be of interest to you.

**16. Appointment Reminders.**

We may use and disclose your health information to contact you with appointment reminders for treatment or services provided by DCF.

**17. Research Activities.**

We may disclose health information about you for research purposes.

**B. When DCF May Not Use or Disclose Your Health Information**

Except as described in this Notice of Privacy Practices, we will not use or disclose your health information without written authorization from you. If you do authorize us to use or disclose your health information for another purpose, you may revoke your authorization in writing at any time to the local contact person or DCF Privacy Officer indicated on the contact list below. If you revoke your authorization, we will no longer be able to use or disclose health information about you for the reasons covered by your written authorization, though we will be unable to take back any disclosures we have already made with your permission.

## **C. Statement of Your Health Information Rights**

### **1. Right to Request Restrictions.**

You have the right to request restrictions on certain uses and disclosures of your health information. DCF is not required to agree to the restrictions that you request. If you would like to make a request for restrictions, you must submit your request in writing to the local contact person or DCF Privacy Officer indicated on the contact list below.

### **2. Right to Request Confidential Communications.**

You have the right to receive your health information through a reasonable alternative means or at an alternative location. To request confidential communications, you must submit your request in writing to the local contact person or DCF Privacy Officer indicated on the contact list below.

### **3. Right to Inspect and Copy.**

You have the right to inspect and copy health information about you that may be used to make decisions about your treatment or benefits, with the exception of psychotherapy notes or information gathered for and used in legal or administrative proceedings. To inspect and copy such information, you must submit your request in writing to the local contact or DCF Privacy Officer indicated on the contact list below. If you request a copy of the information, we may charge you a reasonable fee to cover expenses associated with your request.

### **4. Right to Request Amendment.**

You have the right to request DCF to amend your health information if you believe it is incorrect or incomplete. We are not required to change your health information. If your request is denied, we will provide you with information about our denial and how you can disagree with the denial. To request an amendment, you must make your request in writing to the local contact or DCF Privacy Officer indicated on the contact list below.

### **5. Right to an Accounting of Disclosures.**

You have the right to receive a list of “accounting of disclosures” of your health information made by us, except that we do not have to account for disclosures made for purposes described in Section A 1-3, of this document, disclosures authorized by you, or disclosures made to you. To request this list of disclosures, you must submit your request in writing to the local contact person or DCF Privacy Officer indicated on the contact list below.

### **6. Right to Paper Copy.**

You have a right to receive a paper copy of this Notice of Privacy Practices at any time. To obtain a paper copy of this Notice, send your written request to the local contact or DCF Privacy Officer indicated on the contact list below. You may also obtain a copy of this Notice at our website, <http://www.dcf.ks.gov/Pages/Default.aspx>.

## **D. Changes to this Notice of Privacy Practices**

DCF reserves the right to amend this Notice of Privacy Practices at any time in the future and to make the new Notice provisions effective for all health information that it maintains. We will promptly revise our Notice and distribute it to you whenever we make material changes to the Notice. Until such time, DCF is required by law to comply with the current version of this Notice.

## **E. Complaints**

If you believe your privacy rights have been violated, you may take the following actions:

- File a complaint with DCF by contacting the DCF Privacy Officer or
- the local contact in writing at the address indicated on the contact list below, or
- File a written complaint with the Office for Civil Rights, Secretary of the Department of Health and Human Services, 601 East 12th Street - Room 248, Kansas City, Missouri 64106.

You will not be retaliated against for filing a complaint. Your health care services and/or benefits will not be affected in any way.

This Notice of Privacy Practice is effective April 14, 2003, and was updated July 1, 2012.

**HIPAA LOCAL CONTACT LIST**

<b>Regional Office Contact Contacto en la Oficina del Area</b>	<b>Telephone # Telefono</b>	<b>Counties Served Condadios Atendidos</b>
Kansas City Region 8915 Lenexa Drive Overland Park, KS 66214	913-826-7300 TTY/TDD: 1-800-766-3777 FAX: 913-826-7528	Atchison, Douglas, Johnson, Leavenworth, Wyandotte
East Region 500 SW Van Buren Topeka, KS 66603	785-296-2500 TTY/TDD: 785-296-4026 FAX: 785-296-5666	Allen, Anderson, Bourbon, Brown, Chase, Chautauqua, Cherokee, Coffey, Crawford, Doniphan, Franklin, Jackson, Jefferson, Labette, Linn, Marshall, Miami, Mitchell, Montgomery, Nemaha, Neosho, Osage, Ottawa, Pottawatomie, Republic, Riley, Saline, Shawnee, Wabaunsee, Washington, Wilson, Woodson
West Region 615 N. Kansas Liberal, KS 67901	620-626-3700 TTY/TDD: 1-800-766-3777 FAX: 620-626-3702	Barton, Cheyenne, Clark, Clay, Comanche, Cloud, Decatur, Dickinson, Edwards, Ellis, Finney, Ellsworth, Ford, Geary, Gove, Graham, Grant, Gray, Greeley, Hamilton, Harvey, Haskell, Hodgeman, Jewell, Kearney, Kiowa, Lincoln, Lane, Logan, Lyon, Meade, Marion, McPherson, Morris, Morton, Ness, Norton, Osborne, Pawnee, Phillips, Rawlins, Reno, Rice, Rooks, Rush, Russell, Scott, Seward, Sheridan, Sherman, Smith, Stafford, Stanton, Stevens, Thomas, Trego, Wallace, Wichita
Wichita Region 230 East William Wichita, KS 67202	316-337-7000 FAX: 316-337-6789	Barber, Butler, Cowley, Elk, Greenwood, Harper, Kingman, Pratt, Sedgwick, Pratt

# **Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas, División de Financiamiento de Cuidado para la Salud (DHCF)**

## **NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

### **Información Para el Uso y Revelación de Información de Salud Protegida**

Si tiene preguntas del porque esta Notificación se le ha mandado, por favor contacte a un representante de asistencia al consumidor del DHCF al 1-800-766-9012.

ESTA NOTIFICACION DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION COMO ES REQUERIDO POR EL ACTO DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE SEGURO MEDICO (HIPAA). POR FAVOR REVISELA CON CUIDADO.

*Fecha de Vigencia del HIPAA: Abril 14, 2003*

*Día de esta Notificación: Septiembre 23, 2013*

#### **Porque el DHCF me está mandando esta notificación?**

Queremos proteger la privacidad de su información personal. La ley Federal requiere que nosotros estemos seguros que su información de Salud Protegida (PHI) se mantenga privada. Esta ley es conocida como Acto de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Medico (HIPAA). Tenemos que darle Aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su Información Protegida de Salud.

Tenemos que seguir los términos de la Notificación que están en efecto ahora. Reservamos el derecho a cambiar los términos de esta Notificación y nuestras pólizas de privacidad en cualquier momento. Si hacemos cambios, afectaran toda la PHI que mantenemos. Esto incluye la PHI que hayamos recibido o creado antes del cambio. Si hacemos cambios en los términos de nuestra póliza de privacidad, nosotros pondremos un anuncio en nuestra página de internet y le mandaremos una copia a cada persona principal de la casa dentro de 60 días.

La PHI es información que hemos creado o recibido acerca de su condición médica del pasado, presente, o futuro. Esta información puede ser usada para identificarlo. Esta información incluye tratamientos médicos que haya recibido y acerca de pagos por cuidado médico que haya recibido. Esto puede incluir su nombre, edad, dirección y número de seguro social. Le tenemos que comunicar como, donde, cuando y porque usamos y/o compartimos su PHI.

La PHI también incluye información genética y no tenemos permitido usar información genética para ningún fin de suscripción.

#### **Como recaudamos su información de salud protegida?**

Nosotros recaudamos información por medio de usted. También recibimos PHI por medio de sus proveedores de cuidado para la salud. Por ejemplo, nosotros podemos obtener PHI de proveedores de cuidado para la salud cuando ellos presentan una reclamación para pago por servicio que ellos le hayan proporcionado. Nosotros obtenemos la PHI cuando usted llena su aplicación para cobertura para cuidado de salud.

#### **Cómo y cuándo podemos usar o publicar su PHI?**

HIPAA y otras leyes permiten o requieren que usemos o revelemos su PHI por muchas razones. A veces no es requerido tener su consentimiento escrito para usar o revelar su PHI. Por otras razones, podríamos necesitar su consentimiento por escrito para que podamos usar o revelar su PHI. En esta notificación, hemos mencionado las razones por las que nos permiten usar o compartir su PHI sin tener su consentimiento. No todas las razones del uso o revelación están mencionadas. Las maneras por las cuales nosotros podemos usar y/o revelar información sin su consentimiento escrito caben dentro de las descripciones siguientes:

- **Para que pueda recibir tratamiento.** Podemos usar o revelar su PHI a los proveedores quien le proporcionen el cuidado de salud o que estén envueltos en su cuidado. Estas personas pueden ser doctores, enfermeras, u otros profesionales de cuidado para la salud. Por ejemplo, si usted está siendo tratado por una lesión de la rodilla, le daremos su PHI a la gente que le está proporcionando la terapia física.
- **Para recibir pago para su tratamiento.** Podríamos usar o revelar su PHI para pagarle a los proveedores por tratamientos o servicios que usted reciba. Por ejemplo, le podríamos dar parte de su PHI a nuestro departamento de reclamos o a otros que hagan esto por nosotros. Ellos pueden usar su PHI para verificar que los proveedores de cuidado para la salud sean pagados correctamente por los servicios que usted reciba.
- **Para manejar nuestro negocio.** Nosotros usamos y revelamos su PHI para manejar nuestro plan de salud, incluyendo la donación y estudio de órganos. Usamos su PHI para mandarle recordatorios de sus citas. También usamos su PHI para darle información acerca de otros tratamientos, servicios o beneficios de cuidado para la salud. Por ejemplo, la usamos para revisar y mejorar la calidad de servicios de cuidado para la salud que usted reciba. Antes de compartir PHI con otras organizaciones, ellos tienen que acordar en mantener su PHI privada.
- **Para cumplir con los requisitos legales.** Nosotros compartimos PHI con agencias del gobierno o aplicación de la ley, cuando leyes federales, del estado o locales nos lo requieren. También compartimos PHI cuando se requiere en la corte, para procedimientos administrativos, y otros procedimientos legales. Por ejemplo, cuando la ley diga que tenemos que reportar PHI en situaciones de emergencia o acerca de gente y niños, quienes han sido abusados, descuidados, o son víctimas de violencia domestica, nosotros compartimos PHI.
- **Para reportar actividades de salud.** Nosotros compartimos PHI con oficiales del gobierno quienes colectan información de salud pública, conducen investigaciones, inspecciones, o intervenciones de salud pública. Por ejemplo, nosotros compartimos PHI acerca de nacimientos, fallecimientos, y algunas enfermedades con departamentos de salud locales o del estado.
- **Para vigilancia de actividades de salud.** Nosotros compartimos PHI si una agencia de gobierno está investigando o inspeccionando a un proveedor de cuidado para la salud, a una organización o de otra manera autorizada por la ley.
- **Para prevenir daños.** Para prevenir una seria amenaza a la salud, seguridad de una persona o al público, nosotros proporcionamos PHI a la aplicación de la ley o a la gente quien pueda parar o minimizar el daño.
- **Para propósitos de compensación de los trabajadores.** Nosotros compartimos PHI para cumplir con las leyes relacionadas a la compensación de los trabajadores y otros programas similares, establecidos por la ley, que proporcionan beneficios para lesiones relacionadas al trabajo o enfermedad sin admitir prueba.
- **Para médico forense, examinador médico o directores de funerales.** Nosotros damos PHI a jueces de instrucción, examinadores médicos o directores de funerales con el propósito de identificar a la persona fallecida, para determinar la causa de fallecimiento, y otros deberes autorizados por la ley.
- **Para funciones especializadas del gobierno.** Nosotros revelamos PHI requerida a oficiales federales autorizados para actividades legales militares y veteranas, servicios de protección para el presidente y a otros, determinaciones de aptitud medica, instituciones de corrección y otras situaciones de refuerzo custodial, para inteligencia, para contrainteligencia, y otras actividades de seguridad nacional y en algunas situaciones a agencias administrando un programa de gobierno.

**Otros usos y revelaciones requieren su autorización escrita previamente.** En otras situaciones, como en notas y mercadeo de psicoterapia, le pediremos su autorización por escrito antes de usar o publicar su PHI. Su autorización para dejarnos usar o publicar su PHI puede ser cambiada en cualquier momento. No puede cambiar su decisión acerca de información ya revelada con su autorización. Peticiones para no revelar su PHI tienen que ser hechas por escrito al Oficial de Privacidad del DHCF. Esta dirección esta al final de esta notificación.

**Notificación de Incumplimiento.** Usted tiene el derecho de ser notificado cuando la privacidad y seguridad de su información de salud ha sido comprometida y si es considerada con la definición de “incumplimiento” bajo HIPAA.

**Actividades para recaudación de fondos.** Nosotros no usaremos su PHI para actividades para recaudación de fondos.

#### **Le darán mi PHI a mi familia, amigos o alguien más?**

Un amigo o miembro de su familia le podría estar ayudando a obtener o pagar su cuidado médico. Por ejemplo, usted podría estar hablando con un proveedor y su madre esta con usted. Podríamos hablar sobre PHI enfrente de ella. No hablaremos de su PHI con usted cuando otros estén presentes si usted nos dice que no lo hagamos.

Podría haber ocasiones donde usted no esté presente o no pueda hacer decisiones de cuidado para su salud. Por ejemplo, si usted esta inconsciente pero su amigo esta con usted. Si nuestro criterio profesional nos indica que compartir su PHI con su amigo es lo mejor para usted, lo haremos.

#### **Como protegemos su información personal?**

Nosotros protegemos su PHI al:

- Tratar toda la PHI que recaudamos como confidencial.
- Indicar las pólizas de confidencialidad y privacidad en nuestro entrenamiento de HIPAA.
- Crear medidas disciplinarias por violaciones de privacidad.
- Restringir acceso a su PHI solo a los empleados quienes necesitan saber de usted para proveerle nuestros servicios, como parar su reclamo para un beneficio cubierto.
- Revelar la cantidad mínima de PHI para una compañía de servicio para ejecutar su función. Nosotros nos aseguramos que la compañía este de acuerdo a proteger y mantener la confidencialidad de su PHI.
- Mantener la garantía física, electrónica y de procedimiento que cumple con regulaciones federales y del estado para proteger su PHI.

#### **Cuáles son sus derechos con respecto a su PHI**

Usted tiene el derecho para pedir restringir como usamos y damos su PHI. También puede solicitar un límite de cuanta PHI le da a alguien que este envuelto en su tratamiento, pago o nuestras operaciones de cuidado para salud. Por ejemplo, nos puede pedir que no usemos o revelemos información acerca de un tratamiento que haya tenido a un familiar o amigo. Usted tiene que decirnos lo que quiere por escrito. Nosotros consideraremos su petición. Nosotros no somos requeridos a acordar a cualquier petición de restricción. Si aceptamos su petición, pondremos cualquier limite por escrito. Nosotros honraremos estos límites menos en situaciones de emergencias. Usted no puede limitar como usemos o revelemos su PHI cuando somos requeridos por la ley usarla o revelarla. Mande su petición al Oficial de Privacidad del DHCF. Esta dirección esta al final de esta notificación.

**Usted tiene el derecho para pedir que le mandemos su PHI a la dirección de su preferencia o para comunicarnos con usted de cierta manera dentro de lo razonable.** Usted nos tiene que decir por escrito lo que quiere. Usted debe decirnos si usted está haciendo la petición porque cree que toda o parte de la revelación de la PHI puede ponerlo en peligro si no cumplimos con su petición. Por ejemplo, usted nos puede pedir que nosotros le mandemos su PHI a la dirección de su trabajo en vez de la dirección de su hogar. Puede pedir que le mandemos su PHI por correo electrónico en vez de correo postal. Usted puede ser cobrado con tarifas razonables para cumplir con su petición, que tendrían que ser pagadas por adelantado. Mande su petición al Oficial de Privacidad del DHCF. La dirección está en la última página de esta notificación.

**Usted tiene el derecho para ver o adquirir copias de su PHI que tenemos. Usted tiene el derecho para pedir y recibir copias de su PHI. Usted también tiene el derecho de recibir copias electrónicas de su PHI.** Usted tiene que hacer esa petición por escrito. Usted puede ser cargado con tarifas razonables para proporcionarle estas copias. Si no tenemos su PHI, le haremos saber cómo puede obtenerla. Le responderemos dentro de 30 días después de recibir su petición escrita. (La respuesta puede tomar más tiempo si la información no está almacenada en el sitio.) En el caso que 30 días no sea suficiente tiempo para recuperar la información que usted está pidiendo, le avisaremos de una extensión de hasta 30 días.

En ciertas situaciones, podríamos negar su petición. Si lo hacemos, le diremos, por escrito, las razones por las cuales estamos negando su petición. También le explicaremos su derecho en situaciones limitadas para revisar nuestra negación. Mande su petición al Oficial de Privacidad del DHCF. La dirección está en la última página de esta notificación.

**Usted tiene el derecho a una lista de las veces que hemos compartido su PHI.** Su petición para la lista puede ser de hasta seis años atrás. Le responderemos dentro de 60 días de haber recibido su petición para su PHI.

La lista de revelación que le mandaremos va a incluir:

- La fecha de revelación;
- La persona a quien fue revelada la PHI(incluyendo su dirección, si se sabe);
- Una descripción breve de la información revelada; y
- Una declaración breve del propósito de la revelación.

La lista no va a incluir:

- Revelaciones que hagamos hecho para que usted pudiera recibir tratamiento;
- Revelaciones que hagamos hecho para que usted pudiera recibir pago para su tratamiento;
- Revelaciones que hagamos hecho para operar nuestro negocio;
- Revelaciones hechas directamente con usted o a gente que usted asigne;
- Revelaciones hechas para seguridad nacional o propósitos de inteligencia;
- Revelaciones hechas para el personal de correcciones o aplicación de la ley;
- Revelaciones que hagamos hecho antes de que usted haya mandado este mensaje;
- Revelaciones que hagamos hecho cuando teníamos su permiso escrito; o
- Revelaciones hechas más de seis años antes de la fecha de su petición.

Usted puede pedir una copia de revelaciones gratis cada año. Si usted pide otra lista durante el mismo año, se la mandaremos si está de acuerdo en pagar la tarifa razonable por adelantado que le cobraremos. Mande su petición al Oficial de Privacidad del DHCF. La dirección está en la última página de esta notificación.

**Usted tiene el derecho para pedir que corriamos su PHI o añadir información que falta si usted piensa que hay un error.** Su petición debe ser por escrito al Oficial de Privacidad del DHCF. La dirección está en la última página de esta notificación. Su petición tiene que dar la razón para el cambio. Nosotros le responderemos dentro de 60 días después de haber recibido su petición escrita. Nosotros podemos usar una extensión de 30 días si es necesario. Si aprobamos su petición, nosotros haremos el cambio en su PHI. Le avisaremos que hemos hecho el cambio. También le diremos a otros que necesitan saber de el cambio de su PHI.

Podríamos negar su petición si su PHI:

- Ya fue corregida y realizada;
- No fue creada por nosotros;
- No está permitido a ser revelada; o
- No es parte de nuestros archivos.

Si negamos su petición, le diremos el porqué por escrito. Nuestra negación escrita también explicara su derecho para presentar una declaración escrita de desacuerdo. Tiene el derecho a pedir que su petición escrita, nuestra negación escrita y su declaración de desacuerdo sea adjunta a su PHI cada vez que la demos en el futuro. Mande su petición al Oficial de Privacidad del DHCF. La dirección está en la última página de esta notificación.

**Como puede usted adquirir una copia en papel de esta notificación?**

- Si usted es un empleado del Estado, puede bajar la Notificación de la página de internet del DHCF en <http://www.sehbp.org/system/resources/BAhbBIsHOgZmliYmDEXLzA3LzA1L1NFSFBOT1BQMDcwMTExLnBkZg/SEHPNOPP070111.pdf>
- Si usted es beneficiario de el Programa de Asistencia Médica de Kansas (KMAP), usted puede bajar la Notificación por medio de nuestra página de internet para beneficiarios: <https://www.kmap-state-ks.us/documents/content/hcp/medicalpolicy/nopp.pdf>.

**Como puede contactarnos para registrar una queja acerca de nuestras prácticas de privacidad o para obtener información adicional acerca de temas cubiertos en esta notificación?**

Si usted piensa que hemos violado sus derechos de privacidad, nos puede mandar una queja por escrito dentro de 180 días de la violación presunta a la siguiente dirección, o usted puede obtener información adicional acerca de temas cubiertos en esta notificación o para obtener una copia en papel de esta notificación al escribir a:

DHCF Privacy Officer  
Kansas Department of Health and Environment, Division of Health Care Finance  
Curtis State Office Building, Suite 560  
1000 SW Jackson Street  
Topeka, KS 66612  
785-291-3951

Adicionalmente, si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede hacer una queja Al Secretario del Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estado Unidos. Usted no será penalizado por presentar una queja acerca de nuestras practicas de privacidad. La información de contacto es:

U.S. Department of Health & Human Services  
Office for Civil Rights  
601 East 12th Street – Room 248  
Kansas City, MO 64106  
(816) 426-7278; (816) 426-7065 (TDD); (816)426-3686 FAX

# Departamento de Servicios para Ancianos y Discapacitados de Kansas (KDADS)

## AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.**

El Departamento de Servicios para Ancianos y Discapacitados de Kansas (KDADS) entiende que la información que colectamos sobre usted y su salud es personal. Mantener su información médica privada es una de nuestras responsabilidades más importantes. Estamos comprometidos a proteger su información de salud y seguir todas las leyes relativas a la utilización de su información médica. El siguiente es un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica. Si tiene alguna pregunta sobre cualquier parte de este Aviso o si desea más información acerca de las prácticas de privacidad de KDADS, por favor póngase en contacto con su representante local o el Oficial de Privacidad de KDADS indicados en la lista de contactos al final.

### **A. La Forma en que KDADS Podría Usar o Revelar sus Datos de Salud.**

Las siguientes categorías describen las formas en que KDADS podrá usar y revelar sus datos de salud, como parte de nuestras operaciones normales para asistirle, sin pedir su permiso. Por cada categoría de usos y revelaciones, explicaremos su significado y presentaremos algunos ejemplos. Por cada categoría revelaremos sólo la cantidad de información mínima necesaria para cumplir la labor. No todo uso o revelación en las categorías serán enumerados. Sin embargo, las maneras de uso y revelación de datos permitidas aparecerán en una de las categorías.

**1. Tratamiento.** Podríamos usar o revelar sus datos de salud para proporcionarle el tratamiento necesario. Por ejemplo, si usted es paciente de uno de los hospitales estatales, podríamos usar sus datos de salud para proporcionarle tratamiento o servicios. Podríamos revelar sus datos clínicos a profesionales de salud mental capacitados; profesionales de retraso mental capacitados; terapeutas capacitados y técnicos. Los miembros de su equipo de tratamiento discutirán sus datos clínicos y de salud para desarrollar e implementar un plan de servicio. Distintos departamentos de las instalaciones podrían también compartir entre ellos sus datos clínicos y de salud para coordinar sus distintas necesidades, como recetas, exámenes clínicos, necesidades dietéticas especiales, alivio de dolor, asistencia personal, programas diurnos de apoyo y actividades para adultos discapacitados, etc. Podríamos también revelar datos clínicos y de salud a personas fuera del hospital que estén involucradas con su cuidado médico, pero sólo se usará o se revelará la cantidad de datos mínima necesaria para lograrlo.

**2. Funciones Pagaderas.** Podríamos usar o revelar sus datos de salud para determinar si cumple con los requisitos de planes, obtener primas, facilitar pagos de tratamiento y servicios prestados por proveedores, determinar responsabilidades de beneficios y coordinar beneficios de programas. Por ejemplo, las funciones pagaderas podrían incluir la revisión de la necesidad clínica de servicios de atención médica, la revisión de un plan de atención médica para el pago a uno de los contactos comunitarios de KDADS', como una Organización comunitaria de discapacidad del desarrollo, un Centro de Salud Mental Comunitario o un Centro Regional de Alcoholismo y Drogadicción, entre otros. Podríamos también usar o revelar sus datos de salud para facilitar el pago apropiado del tratamiento, como proporcionar su número de identificación de Medicaid a un proveedor de atención médica, una farmacia o un proveedor de atención médica que tenga un acuerdo de prestación de servicios a nuestros clientes y pacientes de KDADS.

**3. Operaciones de Atención Médica.** Podríamos usar o revelar sus datos de salud para proporcionarle las actividades relativas a programas necesarios. Tales actividades podrían incluir asegurar, clasificar primas y otras actividades relativas a la cobertura de planes; la realización de actividades de evaluación y calidad; la realización o programación de revisiones médicas o de programas, servicios jurídicos, servicios de auditoría y programas de detección de fraude y abuso; planificación de negocios y administración general de gerencia: manejo de casos y coordinación de atención médica, acreditación, certificación, licencias o actividades relativas a credenciales.

**4. Por Ley.** Según requiere la ley, podríamos usar y revelar sus datos de salud. Por ejemplo, podríamos revelar sus datos clínicos si así lo requiere una orden judicial por proceso de litigio, como demanda por negligencia médica, una audiencia de custodia de menores o establecimiento de paternidad.

**5. Salud Pública.** Según requiere la ley, podríamos revelar sus datos de salud a autoridades de salud públicas para propósitos relativos a: la prevención o control de enfermedades, daños o discapacidad; informe de abuso de menores o abandono; reportando a la Administración de Alimentos y Drogas (Food and Drug Administration) sobre problemas con productos o reacciones a medicamentos e informando exposición a enfermedades o infecciones.

**6. Revelaciones sobre Víctimas de Abuso, Negligencia o Violencia Doméstica.** Podríamos revelar datos de salud protegidos sobre un individuo quien se sospecha con razón es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica a una autoridad gubernamental, incluyendo una agencia de servicio social o servicios de protección, autorizada por ley a recibir informes sobre tal abuso, negligencia o violencia doméstica.

**7. Actividades de Supervisión de Salud.** Podríamos revelar sus datos de salud a agencias de salud durante el curso de auditorías, investigaciones, inspecciones, licencias y otros procesos relativos a la supervisión de los programas de la Agencia. Por ejemplo, se compartirían datos de salud con el Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas para actividades relacionadas con centros de guardería o instalaciones de asilo a ancianos.

**8. Demandas Judiciales e Administrativas.** Podríamos revelar sus datos de salud a lo largo de un proceso administrativo o judicial.

**9. Autoridades.** Podríamos revelar sus datos de salud a un oficial de la ley para propósitos como la de identificación o localización de un sospechoso, fugitivo, testigo esencial o un desaparecido, o por orden del Tribunal, o orden de comparecencia o algún otro proceso legal.

**10. Examinadores Médicos, Médicos Forenses y Directores Funerarios.** Podríamos revelar sus datos de salud a examinadores médicos, médicos forenses y directores funerarios, si, por ejemplo, es necesario para identificar un difunto o determinar la causa de muerte.

**11. Donación de Órganos y Tejidos.** Podríamos revelar sus datos de salud a organizaciones encargadas de obtener órganos o del trasplante de órganos o tejidos o a un banco de donación de órganos según sea necesario.

**12. Salud Pública.** Podríamos revelar sus datos de salud a las personas apropiadas para prevenir o disminuir una amenaza seria inminente a la salud o seguridad de una persona particular o el público en general.

**13. Seguridad Nacional.** Podríamos revelar sus datos de salud para propósitos militares, de seguridad nacional y beneficios de prisioneros o del gobierno.

**14. Compensación a Trabajadores.** Podríamos revelar sus datos de salud necesarios en el cumplimiento de Compensación a trabajadores o leyes similares.

**15. Comercialización.** Podríamos proporcionar datos de salud a otras agencias estatales o locales que deseen darle información sobre beneficios y servicios de salud que le podrían interesar.

**16. Recordatorios de Citas.** Podríamos usar y revelar sus datos de salud para recordarle sobre su cita de tratamiento o servicios prestados por KDADS.

**17. Actividades de Investigación.** Podríamos revelar sus datos de salud para propósitos investigativos.

**B. La forma en que KDADS no puede usar o revelar sus datos de salud.**

No usaremos o revelaremos sus datos de salud sin su autorización por escrito, excepto como describe en el presente Aviso de prácticas de privacidad. Si no los autoriza a usar o revelar sus datos de salud para otros propósitos, puede revocar su autorización por escrito cuando lo desee dirigiéndose al contacto local o el Oficial Directivo de Privacidad de KDADS indicados en la lista de contactos que aparece al final. Si revoca su autorización, no podremos volver a usar o revelar sus datos de salud por las razones cubiertos en la autorización escrita, no podremos revocar ninguna divulgación hecha con su permiso.

**C. Declaración sobre los derechos relativos a sus datos de salud.**

**1. El Derecho a Solicitar Restricciones.** Tiene el derecho de solicitar restricciones en ciertos usos y revelaciones de sus datos de salud. KDADS no está obligado a aceptar las restricciones que solicite. Si desea presentar una solicitud de restricciones, debe hacerlo por escrito dirigiéndose al contacto local o el Oficial Directivo de Privacidad de KDADS indicados en la lista de contactos que aparece al final.

**2. El Derecho a Solicitar Comunicación Confidencial.** Tiene el derecho a recibir sus datos clínicos por vías alternativas razonables o en un lugar alternativo. Si desea presentar una solicitud de comunicación confidencial, debe hacerlo por escrito dirigiéndose al contacto local o el Oficial Directivo de Privacidad de KDADS indicado en la lista de contactos que aparece al final.

**3. El Derecho a la Inspección y Copiar.** Tiene el derecho de inspeccionar y copiar sus datos clínicos que pudieran usarse en la toma de decisiones sobre su tratamiento o beneficios, a excepción de las observaciones de psicoterapia y los datos juntados para procesos jurídicos o administrativos o aquellos usados en ellos. Para inspeccionar y copiar dicha información, debe presentar una solicitud escrita dirigida al contacto local o el Oficial Directivo de Privacidad de KDADS indicados en la lista de contactos que aparece al final. Si solicita una copia de los datos, podríamos cobrarle una cuota razonable para cubrir los gastos relacionados con su solicitud.

**4. El derecho a Solicitar Enmiendas.** Tiene el derecho a pedir a KDADS que enmiende sus datos clínicos que cree son incorrectos o están incompletos. No se nos exige modificar sus datos clínicos y si su solicitud es denegada, le proporcionaremos la información relativa a nuestra denegación o cómo puede discordar con la denegación. Para solicitar una enmienda, debe hacerlo por escrito dirigiéndose al contacto local o el Oficial Directivo de Privacidad de KDADS indicados en la lista de contactos que aparece al final.

**5. El derecho a Contabilidad de Revelaciones.** Tiene el derecho de recibir una lista de contabilidad de revelaciones sobre sus datos clínicos hechas por nosotros, a excepción de que no tenemos que rendir cuentas de revelaciones realizadas para los propósitos descritos en la sección A1-3 del presente documento, revelaciones autorizadas por usted o revelaciones hechas por usted. Para solicitar esta lista de revelaciones, debe hacerlo por escrito dirigiéndose al contacto local o el Oficial Directivo de Privacidad de KDADS indicados en la lista de contactos que aparece al final.

**6. El Derecho a Foto Copias.** Tiene el derecho a recibir una foto copia del presente Aviso de prácticas de privacidad cuando lo desee. Para obtener una foto copia de este Aviso, envíe su solicitud por escrito al contacto local o estatal indicado en la lista de contactos que aparece al final. También puede obtener una copia del Aviso en nuestro sitio Web, [www.KDADS.ks.gov](http://www.KDADS.ks.gov).

**D. Modificaciones al Aviso de prácticas de privacidad.**

KDADS se reserva el derecho de enmendar el presente Aviso de prácticas de privacidad en un futuro y hacer vigentes las disposiciones del nuevo Aviso con respecto a todos los datos clínicos que engloba. Revisaremos nuestro Aviso a la brevedad posible y lo pondremos a su disposición cuando hagamos cambios al material del Aviso. Hasta dicho momento, por ley KDADS debe acatar la versión actual del Aviso.

**E. Quejas.**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad tiene los siguientes recursos:

- Presentar una queja ante KDADS comunicándose con el Oficial Directivo de Privacidad de KDADS o el contacto local por escrito a la dirección indicada en la lista de contactos que aparece al final, o,
- Presentar una queja por escrito ante la Oficina por Derechos Civiles del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Office for Civil Rights, Secretary of the Department of Health and Human Services), en 601 East 12th Street - Room 248, Kansas City, Missouri 64106.

No se tomarán venganzas en su contra por presentar una queja. Sus servicios y beneficios de atención de salud no se verán afectados de forma alguna.

El presente Aviso de prácticas de privacidad entra en efecto el 14 de Abril de 2003.

**LISTA DE CONTACTOS LOCALES DE HIPAA**

<b>Regional Office Contact</b>	<b>Telephone #</b>	<b>Counties Served</b>
<b>Contacto en la Oficina del Área</b>	<b>Telefono</b>	<b>Condados Atendidos</b>
Kansas City Metro Region 1901 Delaware P.O. Box 590 Lawrence, KS 66044-0590	(785) 832-3710	Douglas, Franklin, Johnson, Leavenworth, Miami, Wyandotte
Northeast Region 500 SW Van Buren Box 1424 66601 Topeka, KS 66603	(785) 296-8768 (785) 296-2230 (785) 296-5661 en español	Atchison, Brown, Clay, Cloud, Dickinson, Doniphan, Jackson, Jefferson, Ellsworth, Geary, Jewell, Lincoln, Marshall, Mitchell, Nemaha, Osage, Ottawa, Pottawatomie, Republic, Riley, Saline, Shawnee, Wabaunsee, Washington
South Central Region 1701 Wheeler Emporia, KS 66801	(620) 342-2505 ext. 207	Butler, Chase, Chautauqua, Coffey, Cowley, Elk, Greenwood, Harper, Harvey, Kingman, Lyon, Marion, McPherson, Morris, Reno, Rice, Sumner
Southeast Region 1500 West 7th Chanute, KS 66720	(620) 431-5000 ext. 202	Allen, Anderson, Bourbon, Cherokee, Crawford, Labette, Linn, Montgomery, Neosho, Wilson, Woodson
West Region 1710 Palace Drive Garden City, KS 67846	(620) 272-5985	Barber, Barton, Cheyenne, Clark, Comanche, Decatur, Edwards, Ellis, Finney, Ford, Gove, Graham, Grant, Gray, Greeley, Hamilton, Haskell, Hodgeman, Kearney, Kiowa, Lane, Logan, Meade, Morton, Ness, Norton, Osborne, Pawnee, Phillips, Pratt, Rawlins, Rooks, Rush, Russell, Scott, Seward, Sheridan, Sherman, Smith, Stafford, Stanton, Stevens, Thomas, Trego, Wallace, Wichita
Wichita Region 230 East William Wichita, KS 67202	(316) 337-7061	Sedgwick
<b>State Wide-</b> Kansas Department of Aging and Disability Services New England Building 503 S. Kansas Ave. Topeka, KS 66603-3404	(800) 432-3535	State Wide  En todo el estado

INSTITUTIONS

INSTITUCIONES

<p>Kansas Neurological Institute 3107 SW 21st Street Topeka, KS 66604</p>	<p>(785) 296-5301 FAX: (785) 296-7923</p>
<p>Larned State Hospital Rt. 3, Box 89 Larned, KS 67550</p>	<p>(620) 285-4026 (620) 285-4130 Fax: (620) 285-4149</p>
<p>Rainbow Mental Health Facility 2205 W. 36th Ave. Kansas City, KS 66103</p>	<p>(913) 755-7073 (913) 755-7169 FAX: (913) 755-2637</p>
<p>Parsons State Hospital 2601 Gabriel P.O. Box 738 Parsons, KS 67357</p>	<p>(620) 421-6550, ext. 1719 FAX: (620) 421-3623</p>
<p>Osawatomie State Hospital Box 500 Osawatomie, KS 66064</p>	<p>(913) 755-7073 (913) 755-7169 FAX: (913) 755-2637</p>

**Departamento para Niños y Familias de Kansas**  
**AVISO DE USO DE LA INFORMACION DE SALUD PRIVADA**

**EL PRESENTE AVISO DESCRIBE EL USO QUE SE PODRÍA DAR A SUS DATOS CLÍNICOS Y CÓMO  
ESTOS PODRÍAN REVELARSE Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLOS.  
POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE**

El Departamento para Niños y Familias de Kansas (Department for Children and Families o DCF) comprende que los datos que obtiene sobre usted y su salud son personales. Mantener sus datos de salud privados es una de nuestras principales responsabilidades. Nos comprometemos a proteger sus datos de salud y seguir las leyes correspondiente al uso de sus datos de salud. El siguiente es un aviso sobre nuestro deber legal y prácticas de privacidad con respecto a sus datos de salud. Si tiene preguntas sobre cualquier parte del presente Aviso o si desea mayor información sobre las prácticas de privacidad de DCF, favor comunicarse con su representante local o el Oficial Directivo de Privacidad (Privacy Officer) de DCF indicado en la lista de contactos que aparece al final.

**A. La forma en que DCF podría usar o revelar sus datos de salud.**

Las siguientes categorías describen las formas en que DCF podrá usar y revelar sus datos de salud, como parte de nuestras operaciones normales para asistirle, sin pedir su permiso. Por cada categoría de usos y revelaciones, explicaremos su significado y presentaremos algunos ejemplos. Por cada categoría revelaremos sólo la cantidad de información mínima necesaria para cumplir el labor. No todo uso o revelación en las categorías serán enumerados. Sin embargo, las maneras de uso y revelación de datos permitidas aparecerán en una de las categorías.

**1. Tratamiento.** Podríamos usar o revelar sus datos de salud para proporcionarle el tratamiento necesario. Por ejemplo, si usted es paciente de uno de los hospitales estatales, podríamos usar sus datos de salud para proporcionarle tratamiento o servicios. Podríamos revelar sus datos clínicos a profesionales de salud mental capacitados; profesionales de retraso mental capacitados; terapeutas capacitados y técnicos. Los miembros de su equipo de tratamiento discutirán sus datos clínicos y de salud para desarrollar e implementar un plan de servicio. Distintos departamentos de las instalaciones podrían también compartir entre ellos sus datos clínicos y de salud para coordinar sus distintas necesidades, como recetas, exámenes clínicos, necesidades dietéticas especiales, alivio de dolor, asistencia personal, programas diurnos de apoyo y actividades para adultos discapacitados, etc. Podríamos también revelar datos clínicos y de salud a personas fuera del hospital que estén involucradas con su cuidado médico, pero sólo se usará o se revelara la cantidad de datos mínima necesaria para lograrlo.

**2. Funciones pagaderas.** Podríamos usar o revelar sus datos de salud para determinar si cumple con los requisitos de planes, obtener primas, facilitar pagos de tratamiento y servicios prestados por proveedores, determinar responsabilidades de beneficios y coordinar beneficios de programas. Por ejemplo, las funciones pagaderas podrían incluir la revisión de la necesidad clínica de servicios de atención médica, la revisión de un plan de atención médica para el pago a uno de los contactos comunitarios, como una Organización comunitaria de discapacidad del desarrollo, un Centro de salud mental comunitario o un Centro regional de alcoholismo y drogadicción, entre otros. Podríamos también usar o revelar sus datos de salud para facilitar el pago apropiado del tratamiento, como proporcionar su número de identificación de Medicaid a un proveedor de atención médica, una farmacia o un proveedor de atención médica que tenga un acuerdo de prestación de servicios a nuestros clientes y pacientes con DCF.

**3. Operaciones de atención médica.** Podríamos usar o revelar sus datos de salud para proporcionarle las actividades relativas a programas necesarios. Tales actividades podrían incluir asegurar, clasificar primas y otras actividades relativas a la cobertura de planes; la realización de actividades de evaluación y calidad; la realización o programación de revisiones médicas o de programas, servicios jurídicos, servicios de auditoría y programas de detección de fraude y abuso; planificación de negocios y administración general de gerencia: manejo de casos y coordinación de atención médica, acreditación, certificación, licencias o actividades relativas a credenciales.

4. **Por ley.** Según requiere la ley, podríamos usar y revelar sus datos de salud. Por ejemplo, podríamos revelar sus datos clínicos si así lo requiere una orden judicial por proceso de litigio, como demanda por negligencia médica, una audiencia de custodia de menores o establecimiento de paternidad.
5. **Salud pública.** Según requiere la ley, podríamos revelar sus datos de salud a autoridades de salud públicas para propósitos relativos a: la prevención o control de enfermedades, daños o discapacidad; informe de abuso de menores o abandono; reportando a la Administración de Alimentos y Drogas (Food and Drug Administration) sobre problemas con productos o reacciones a medicamentos e informando exposición a enfermedades o infecciones.
6. **Revelaciones sobre víctimas de abuso, negligencia o violencia domestica.** Podríamos revelar datos de salud protegidos sobre un individuo quien se sospecha con razón es víctima de abuso, negligencia o violencia domestica a una autoridad gubernamental, incluyendo una agencia de servicio social o servicios de protección, autorizada por ley a recibir informes sobre tal abuso, negligencia o violencia domestica.
7. **Actividades de supervisión de salud.** Podríamos revelar sus datos de salud a agencias de salud durante el curso de auditorias, investigaciones, inspecciones, licencias y otros procesos relativos a la supervisión de los programas de la Agencia. Por ejemplo, se compartirían datos de salud con el Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas por actividades relacionadas con centros de guardería o instalaciones de asilo a ancianos.
8. **Demandas judiciales e administrativas.** Podríamos revelar sus datos de salud a lo largo de un proceso administrativo o judicial.
9. **Autoridades.** Podríamos revelar sus datos de salud a un oficial de la ley para propósitos como la de identificación o localización de un sospechoso, fugitivo, testigo esencial o un desaparecido, o por orden del Tribunal, o orden de comparecencia o algún otro proceso legal.
10. **Examinadores médicos, médicos forenses y directores funerarios.** Podríamos revelar sus datos de salud a examinadores médicos, médicos forenses y directores funerarios, si, por ejemplo, es necesario para identificar un difunto o determinar la causa de muerte.
11. **Donación de órganos y tejidos.** Podríamos revelar sus datos de salud a organizaciones encargadas de obtener órganos o del trasplante de órganos o tejidos o a un banco de donación de órganos según sea necesario.
12. **Salud pública.** Podríamos revelar sus datos de salud a las personas apropiadas para prevenir o disminuir una amenaza seria inminente a la salud o seguridad de una persona particular o el público en general.
13. **Seguridad nacional.** Podríamos revelar sus datos de salud para propósitos militares, de seguridad nacional y beneficios de prisioneros o gubernamentales.
14. **Compensación a trabajadores.** Podríamos revelar sus datos de salud necesarios en el cumplimiento de Compensación a trabajadores o leyes similares.
15. **Comercialización.** Podríamos proporcionar datos de salud a otras agencias estatales o locales que deseen darle información sobre beneficios y servicios de salud que le podrían interesar.
16. **Recordatorios de citas.** Podríamos usar y revelar sus datos de salud para recordarle sobre su cita de tratamiento o servicios prestados por DCF.
17. **Actividades de investigación.** Podríamos revelar sus datos de salud para propósitos investigativos.

## **B. La forma en que DCF no puede usar o revelar sus datos de salud.**

No usaremos o revelaremos sus datos de salud sin su autorización por escrito, excepto como describe en el presente Aviso de prácticas de privacidad. Si no los autoriza a usar o revelar sus datos de salud para otros propósitos, puede revocar su autorización por escrito cuando lo desee dirigiéndose al contacto local o el Oficial Directivo de Privacidad indicados en la lista de contactos que aparece al final. Si revoca su autorización, no podremos volver a usar o revelar sus datos de salud por las razones cubiertos en la autorización escrita, no podremos revocar ninguna divulgación hecha con su permiso.

## **C. Declaración sobre los derechos relativos a sus datos de salud.**

**1. El derecho a solicitar restricciones.** Tiene el derecho de solicitar restricciones en ciertos usos y revelaciones de sus datos de salud. DCF no está obligado a aceptar las restricciones que solicite. Si desea presentar una solicitud de restricciones, debe hacerlo por escrito dirigiéndose al contacto local o el Oficial Directivo de Privacidad indicados en la lista de contactos que aparece al final.

**2. El derecho a solicitar comunicación confidencial.** Tiene el derecho a recibir sus datos clínicos por vías alternativas razonables o en un lugar alternativo. Si desea presentar una solicitud de comunicación confidencial, debe hacerlo por escrito dirigiéndose al contacto local o el Oficial Directivo de Privacidad indicados en la lista de contactos que aparece al final.

**3. El derecho a la inspección y copiar.** Tiene el derecho de inspeccionar y copiar sus datos clínicos que pudieran usarse en la toma de decisiones sobre su tratamiento o beneficios, a excepción de las observaciones de psicoterapia y los datos juntados para procesos jurídicos o administrativos o aquellos usados en ellos. Para inspeccionar y copiar dicha información, debe presentar una solicitud escrita dirigida al contacto local o el Oficial Directivo de Privacidad indicados en la lista de contactos que aparece al final. Si solicita una copia de los datos, podríamos cobrarle una cuota razonable para cubrir los gastos relacionados con su solicitud.

**4. El derecho a solicitar enmiendas.** Tiene el derecho a pedir a DCF que enmiende sus datos clínicos que cree son incorrectos o están incompletos. No se nos exige modificar sus datos clínicos y si su solicitud es denegada, le proporcionaremos la información relativa a nuestra denegación o cómo puede discordar con la denegación. Para solicitar una enmienda, debe hacerlo por escrito dirigiéndose al contacto local o el Oficial Directivo de Privacidad indicados en la lista de contactos que aparece al final.

**5. El derecho a contabilidad de revelaciones.** Tiene el derecho de recibir una lista de contabilidad de revelaciones sobre sus datos clínicos hechas por nosotros, a excepción de que no tenemos que rendir cuentas de revelaciones realizadas para los propósitos descritos en la sección A1-3 del presente documento, revelaciones autorizadas por usted o revelaciones hechas por usted. Para solicitar esta lista de revelaciones, debe hacerlo por escrito dirigiéndose al contacto local o el Oficial Directivo de Privacidad indicados en la lista de contactos que aparece al final.

**6. El derecho a foto copias.** Tiene el derecho a recibir una foto copia del presente Aviso de prácticas de privacidad cuando lo desee. Para obtener una foto copia de este Aviso, envíe su solicitud por escrito a los contactos locales o estatales indicados en la lista de contactos que aparece al final. También puede obtener una copia del Aviso en nuestro sitio Web, <http://www.dcf.ks.gov/Pages/Default.aspx>.

## **D. Modificaciones al Aviso de prácticas de privacidad.**

DCF se reserva el derecho de enmendar el presente Aviso de prácticas de privacidad en un futuro y hacer vigentes las disposiciones del nuevo Aviso con respecto a todos los datos clínicos que engloba. Revisaremos nuestro Aviso a la brevedad posible y lo pondremos a su disposición cuando hagamos cambios al material del Aviso. Hasta dicho momento, por ley DCF debe acatar la versión actual del Aviso.

### E. Quejas.

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad tiene los siguientes recursos:

Presentar una queja ante DCF comunicándose con el Oficial Directivo de Privacidad o el contacto local por escrito a la dirección indicada en la lista de contactos que aparece al final, o,

Presentar una queja por escrito ante la Oficina por Derechos Civiles del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Office for Civil Rights, Secretary of the Department of Health and Human Services), en 601 East 12<sup>th</sup> Street - Room 248, Kansas City, Missouri 64106.

No se tomarán venganza en su contra por presentar una queja. Sus servicios y beneficios de atención de salud no se verán afectados de forma alguna.

El presente Aviso de Prácticas de Privacidad entra en efecto el 14 de Abril de 2003, y se actualizo el 1 de Julio, del 2012.

### **HIPAA LOCAL CONTACT LIST**

<b>Regional Office Contact Contacto en la Oficina del Area</b>	<b>Telephone # Telefono</b>	<b>Counties Served Condados Atendidos</b>
Kansas City Region 8915 Lenexa Drive Overland Park, KS 66214	913-826-7300 TTY/TDD: 1-800-766- 3777 Fax: 913-826-7528	Atchison, Douglas, Johnson, Leavenworth, Wyandotte
East Region 500 SW Van Buren Topeka, KS 66603	785-296-2500 TTY/TDD: 785-296-4026 Fax: 785-296-5666	Allen, Anderson, Bourbon, Brown, Chase, Chautauqua, Cherokee, Coffey, Crawford, Doniphan, Franklin, Jackson, Jefferson, Labette, Linn, Marshall, Miami, Mitchell, Montgomery, Nemaha, Neosho, Osage, Ottawa, Pottawatomie, Republic, Riley, Saline, Shawnee, Wabaunsee, Washington, Wilson, Woodson
West Region 615 N. Kansas Liberal, KS 67901	620-626-3700 TTY/TDD: 1-800-766- 3777 Fax: 620-626-3702	Barton, Cheyenne, Clark, Clay, Comanche, Cloud, Decatur, Dickinson, Edwards, Ellis, Finney, Ellsworth, Ford, Geary, Gove, Graham, Grant, Gray, Greeley, Hamilton, Harvey, Haskell, Hodgeman, Jewell, Kearney, Kiowa, Lincoln, Lane, Logan, Lyon, Meade, Marion, McPherson, Morris, Morton, Ness, Norton, Osborne, Pawnee, Phillips, Rawlins, Reno, Rice, Rooks, Rush, Russell, Scott, Seward, Sheridan, Sherman, Smith, Stafford, Stanton, Stevens, Thomas, Trego, Wallace, Wichita
Wichita Region 230 East William Wichita, KS 67202	316-337-7000 Fax: 316-337-6789	Barber, Butler, Cowley, Elk, Greenwood, Harper, Kingman, Pratt, Sedgwick, Pratt