

## 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**

We are committed to protecting the confidentiality of your medical information, and are required by law to do so. This Notice describes how we may use and disclose your medical information and the rights you have concerning your own medical information.

### **PURPOSES FOR WHICH WE USE AND DISCLOSE YOUR MEDICAL INFORMATION**

**Healthcare Treatment:** For example, we may share your immunization information within our organization or with outside healthcare providers, such as your doctor, or school nurses, to provide you with medical services.

**Payment:** For example, organizations which pay for your services, such as the state or a health plan, may ask to see parts of your immunization record before they will pay us for your treatment.

**Health Care Operations:** For example, we may use your immunization information to conduct quality improvement activities or to conduct business management and planning. We may employ the services of business associates who may assist us in one or more tasks and who may use, change, or create medical information.

### **Other Purposes:**

- ❑ Federal, state, or local laws sometimes require us to disclose immunization information.
- ❑ We are required to use your immunization information for public health purposes such as to prevent or control disease.
- ❑ We may disclose your immunization information to a family member or friend who is involved in your medical care, or to someone who helps to pay for your care.
- ❑ We may disclose immunization information to law enforcement officials for limited law enforcement and health and safety purposes.
- ❑ We may disclose immunization information to a government agency that oversees our program, such as the Arizona Department of Health Services.
- ❑ We may disclose immunization information if we are ordered to do so by a court or if we receive a subpoena or a search warrant.
- ❑ We may use or disclose your immunization information for research projects.
- ❑ We may disclose your immunization information for educational purposes, in which students or healthcare providers in the community observe treatment provided at our clinics in order to learn.

**Other Uses and Disclosures:** if we wish to use or disclose your immunization information for a purpose that is not discussed in this Notice, we will seek your permission. If you give your permission (by written authorization), you may take back that permission any time, unless we have already relied on your permission to use or disclose the information. If you would ever like to revoke your permission, please notify the Privacy Officer in writing.

## **WHAT ARE YOUR RIGHTS?**

You may make a written request to our Privacy Officer to do one or more of the following:

- ▣ You have the right to look at and to get a copy of your own immunization information. We may charge you for our costs to copy the information.
- ▣ If you examine your immunization information and believe that some of the information is wrong or incomplete, you may ask us to amend your record. We do not have to agree in some cases.
- ▣ You have the right to request a list of any of the disclosures we make of your immunization information.
- ▣ You have the right to ask us not to make uses or disclosures of your immunization information to treat you, to seek payment for care, or to operate our program. We are not required to agree to your request.
- ▣ You have the right to ask us to communicate with you in a way that you feel is more confidential. For example, you can ask us to communicate only by mail.
- ▣ You have the right to another copy of this Notice or to a copy of the most current Notice. We must abide by the most current Notice. We reserve the right to change this Notice and to make the provisions in our new Notice effective for all immunization information we maintain. If we change these practices, we will publish a revised Notice of Privacy Practices and make it available at our sites and on our Web site: [www.maricopa.gov/Public\\_Health](http://www.maricopa.gov/Public_Health).

For complaints or concerns, please contact the MCDPH Privacy Officer by writing to:

**MCDPH Compliance and Risk Manager  
4041 N. Central Ave., #1400  
Phoenix, AZ 85012**

If for some reason the Privacy Officer cannot resolve your concern, you may also file a complaint with the Secretary of the U.S. Dept. of Health and Human Services. We will not penalize you or retaliate against you in any way for filing a complaint with the Secretary.

For questions, call 602-506-6609 and ask to speak with the Compliance and Risk Manager.

Effective date: March 2, 2009

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

### ESTE AVISO DESCRIBE EL MODO EN QUE PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ELLA. LÉALO CON ATENCIÓN.

Estamos obligados a proteger la confidencialidad de su información médica y la ley así nos lo exige. Este aviso describe el modo en que podemos usar y divulgar su información médica, así como también, los derechos que lo amparan con referencia a su propia información de salud.

#### **FINES PARA LOS QUE PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA**

**Cuidado de la salud y tratamiento:** por ejemplo, podemos compartir la información acerca de sus vacunas dentro de nuestra organización o con proveedores externos de servicios médicos, tales como su médico o enfermeras educadores, para que le presten servicios médicos.

**Pago:** por ejemplo, las organizaciones que pagan sus servicios, tales como el estado o un plan de salud, pueden solicitar ver partes de su registro de vacunación antes de que nos paguen por su tratamiento.

**Operaciones para el cuidado de la salud:** por ejemplo, podemos usar la información sobre sus vacunas para llevar a cabo actividades destinadas a mejorar la calidad o para la administración y planificación de nuestros negocios. Podemos emplear los servicios de asociados comerciales que pueden colaborar con nosotros en una o más tareas y que pueden utilizar, cambiar o crear información médica.

#### **Otros fines:**

- ❖ Las leyes federales, estatales o locales en ocasiones nos solicitan divulgar la información sobre la vacunación.
- ❖ Se nos requiere usar la información sobre sus vacunas con fines de salud pública, para la prevención o el control de las enfermedades.
- ❖ Podemos divulgar la información sobre sus vacunas a un miembro de la familia o amigo, que participe en los cuidados de la salud o a alguna persona que ayude a pagar su atención.
- ❖ Podemos divulgar la información sobre sus vacunas a los oficiales de la policía, para la ejecución limitada de las leyes y con fines de seguridad y para la salud.
- ❖ Podemos divulgar la información sobre sus vacunas a una agencia de gobierno cuya función sea la supervisión de nuestro programa, como por ejemplo, el Departamento de Servicios de Salud de Arizona.
- ❖ Podemos divulgar la información sobre sus vacunas si un tribunal nos lo exige o si recibimos una citación o una orden de allanamiento.
- ❖ Podemos usar o divulgar la información sobre sus vacunas con fines de investigación.
- ❖ Podemos divulgar la información sobre sus vacunas con fines educativos, en los cuales los estudiantes o proveedores de servicios médicos de la comunidad observen el tratamiento que se brinda en las clínicas para poder aprender.

**Otros usos y divulgaciones:** si deseamos usar o divulgar la información sobre sus vacunas para un fin que no se menciona en este aviso, le pediremos permiso. Si nos lo da (mediante una autorización por escrito), usted puede retirar dicho permiso en cualquier momento, salvo que ya nos hayamos basado en su permiso para usar o divulgar la información. Si alguna vez desea revocar su permiso, notifique al funcionario de privacidad por escrito.

## **¿CUÁLES SON SUS DERECHOS?**

Usted puede realizar un pedido por escrito a nuestro funcionario de privacidad, para que realice una o más de las siguientes cosas.

- ❖ Tiene derecho a ver la información sobre sus vacunas y a tomar copias de ella. Nosotros podemos cobrarle por copiar dicha información.
- ❖ Si al examinar la información sobre sus vacunas cree que alguno de los datos es erróneo o que está incompleto, puede pedirnos que modifiquemos su registro. En ciertos casos no tenemos la obligación de acceder.
- ❖ Tiene derecho a solicitar un listado de cualquier divulgación que hayamos hecho de la información sobre sus vacunas.
- ❖ Tiene derecho a pedirnos que no hagamos ciertos usos o divulgaciones de la información sobre sus vacunas para tratarlo, obtener el pago por su atención o gestionar nuestro programa. No tenemos la obligación de acceder a su pedido.
- ❖ Tiene derecho a pedirnos que nos comuniquemos con usted de alguna manera que a su criterio sea más confidencial. Por ejemplo, puede pedirnos que nos comuniquemos sólo por correo.
- ❖ Tiene derecho a obtener otra copia de este aviso o a una copia de la última versión del aviso, la cual debemos cumplir. Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y de hacer que las disposiciones contenidas en nuestro nuevo aviso afecten a toda la información sobre sus vacunas que mantenemos. Si modificamos estas prácticas, publicaremos un aviso de prácticas de privacidad actualizado y lo pondremos a disposición en nuestros centros y en nuestro sitio web: [www.maricova.gov/Public\\_Health](http://www.maricova.gov/Public_Health).

Para plantear quejas o inquietudes, comuníquese con el funcionario de privacidad del MCDPH, escribiendo a:

**MCDPH Compliance and Risk Manager  
4041 N. Central Ave., #1400  
Phoenix, AZ 85012**

Si por algún motivo el funcionario de privacidad no puede resolver su inquietud, usted también puede presentar una queja ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No sufrirá ningún tipo de penalidades ni represalias por presentar una queja ante la Secretaría.

Para realizar preguntas, llame al 602-506-6609 y pida hablar con el gerente de Cumplimiento y Riesgos.

Fecha efectiva: 2 de marzo de 2009