



## Notice of Privacy Practices

Effective Date: October 15, 2018

This Notice applies to individuals receiving services from the Department of Human Services (DHS) and does not require your response. **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.**

### YOUR RIGHTS

- **Right to see and copy your records.** In most cases, you have a right to view or get copies of your records. You must make your request in writing. We will provide a response to your request within thirty (30) days. You may be charged a fee for the cost of copying your records.
- **Right to an electronic copy of your medical records.** If your information is maintained in an electronic format, you may request that your electronic records be transmitted to you or another individual or entity. We will respond to your request within thirty (30) days.
- **Right to correct or update your records.** You may ask us to correct your health information if you think there is a mistake. You must make your request in writing and provide a reason for your need to correct the information.
- **Right to choose how we communicate with you.** You may ask us to share information with you in a certain way. For example, you can ask us to send information to your work address instead of your home address. You must make this request in writing. You don't have to explain a reason for the request. We may deny unreasonable requests.

- **Right to get a list of disclosures.** You have a right to ask us for a list of disclosures made after April 14, 2003. You must make a request in writing. This will not include information shared for treatment, payment or health operation purposes. We will provide one accounting a year free of charge, but may charge a cost for additional lists provided within the 12 month period.
- **Right to get notice of a breach.** You have a right to be notified upon a breach of any of your protected health information.
- **Right to request restrictions on uses or disclosures.** You have a right to ask us to limit how your information is used or shared with others. You must make the request in writing and indicate what information should be limited. We are not required to agree to a requested restriction. If you paid out-of-pocket expenses in full for a specific item or service, you have a right to ask that your information with respect to that item or service not be disclosed. We will always honor that request.
- **Right to revoke authorization.** If we ask you to sign an authorization to use or disclose your information, you can cancel that authorization at any time. You must make that request in writing. Your request will not affect information that has already been shared.
- **Right to get a copy of this notice.** You have a right to ask for a paper copy of this notice at any time
- **Right to file a complaint.** You have a right to file a complaint if you don't agree with how we have used or disclosed your information.
- **Right to choose someone to act for you.** If someone has been legally designated as your personal representative, that person can exercise your rights and make choices about your health.

### OUR DUTIES

The Department of Human Services functions as a health care provider for you and your family. Consequently, we must collect information about you to provide these services. We are required to protect your information according to federal and

state law and will abide by the terms of this notice. We may use and disclose information without your authorization for the following purposes:

- **Treatment Purposes.** We may use or disclose your information to health care providers who are involved in your health care.
- **Payment.** We may use or disclose your information to get payment or pay for health care services you received or will receive.
- **Health Care Operations.** We may use or disclose your information in order to manage our business, improve your care and contact you when necessary.
- **As Required by Law.** We will disclose information to a public health agency that maintains vital records, such as births, deaths and some diseases.
- **Abuse and Neglect Investigations.** We may disclose your information to report all potential cases of abuse and/or neglect.
- **Health Oversight Activities.** We may use or disclose your information to respond to an inspection or investigation by state officials.
- **Government Programs.** We may use and disclose your information for the management and coordination of public benefits under government programs.
- **To Avoid Harm.** We may use and disclose information to law enforcement in order to avoid a serious threat to the health and safety of a person or the public.
- **For Research.** We may use and disclose your information for studies and to develop reports. These reports will not specifically identify you or another person.
- **Business Associates.** We may use and disclose your information to our business associates that perform functions on our behalf, if necessary to complete those functions.
- **Organ and Tissue Donation.** If you are an organ donor, we may use and disclose your information to organizations engaged in procuring, banking or the transportation of organs, eyes, or other tissues to facilitate organ transplantation.
- **Military and Veterans.** If you are a member of the armed forces, we may disclose your information to the appropriate military authority.
- **Workers Compensation.** We may use or disclose your information for workers compensation or similar programs providing benefits for work-related injuries or illnesses.
- **Data Breach Notification Purposes.** We may use or disclose your information to provide legally required notices of unauthorized access or disclosure of your health information.
- **Lawsuits and Disputes.** We may use or disclose your information in response to a Court or Administrative Order, subpoena, discovery request or other lawful process.
- **Law Enforcement.** We may disclose your information to law enforcement if the information: 1) is in response to a court order, subpoena, warrant or similar process; 2) limited to identify or locate a suspect, fugitive, material witness or missing person; 3) about a victim of a crime under very limited circumstances; 4) about a death potentially resulting from a crime; 5) about criminal conduct on any DHS property and; 6) is needed in an emergency to report a crime or facts surrounding a crime.
- **Coroner, Medical Examiners and Funeral Directors.** We may disclose your information to a Coroner or Medical Examiner to identify a deceased person or determine the cause of death. We may release your information to a Funeral Director as necessary for their duties.
- **National Security and Intelligence.** We may disclose your information to authorized federal officials for intelligence, counter-intelligence and other national security activities authorized by law.
- **Protective Services for the President and Others.** We may disclose your information to authorized federal officials so that they can provide protection to the U.S. President; other authorized persons or foreign heads of state, or to conduct special investigations.
- **Inmates or Individuals in Custody.** If you are an inmate, we may release your information to a correctional institution if that information would be necessary for the

institution to: 1) provide you with health care; 2) protect your health and safety or the health and safety of others or; 3) for the safety and security of the correctional institutions.

- **Disclosure to Family, Friends and Others.** We may disclose your information to your family members, friends or other persons who are involved in your medical care. You may object to the sharing of this information. We may also share your information with someone legally designated as your personal representative.
- **Hospital Directory.** Unless you notify us that you object, we may include certain information about you in the hospital directory in order to respond to inquiries from friends, family, clergy and others who inquire about you when you are a patient in the hospital.

### **Other Uses and Disclosures that Require Your Written Authorization**

- **For All Other Situations.** We will ask for your written authorization before using or disclosing information for any other purpose than what is mentioned above. Special circumstances that require an authorization include most uses and disclosures of your psychotherapy notes, certain disclosures of your test results for the human immunodeficiency virus or HIV, uses and disclosures of your health information for marketing purposes and for the sale of your health information with some exceptions. If you give us authorization, you can withdraw this written authorization at any time. To withdraw your authorization, please contact us at the number below. If you revoke your authorization, we will no longer use or disclose your health information as allowed by your written authorization, except to the extent that we have already relied on your authorization.
- **As Required by Other Laws.** We will ask for your written authorization to comply with other laws protecting the use and disclosure of your information.

### FILING A COMPLAINT

You may use the contact information below if you want to file a complaint or to report a problem regarding the use or disclosure of your health information. Treatment or services being provided to you will not be affected by any complaints you make. DHS opposes any retaliatory acts resulting from participation in an HIPAA investigation.

State of New Jersey  
 Department of Human Services  
 Office of Legal and Regulatory Affairs  
 P.O. Box 700  
 Trenton, NJ 08625  
 888-347-5345

U.S. Department of Health and Human Services  
 Office of Civil Rights  
 200 Independence Ave, S.W., Room 509H  
 Washington DC, 20201  
 Phone: 866-627-7748  
 TTY: 886-788-4989  
 www.hhs.gov/ocr

DHS or its appropriate Division will respond to your communication within thirty (30) days.

### CHANGES TO THIS NOTICE

In the future, DHS may change its Notice of Privacy Practices. Any change could apply to medical information we already have about you, as well as information we receive in the future. A copy of a new notice will be posted in our facilities/offices and provided to you as required by law. You may ask for a copy of our current notice or get it online on our website.



**State of New Jersey**  
**Department of Human Services**  
P.O. BOX 700, Trenton, NJ 08625-0700

## Notificación Sobre Prácticas De Privacidad

Fecha de entrada en vigor: 15 de Octubre de 2018

Esta notificación se aplica a todas las personas que reciben servicios de la del Departamento de Servicios Humanos (DHS) y no debe responder a ella. **EN ESTA NOTIFICACIÓN, SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVISE LA NOTIFICACIÓN ATENTAMENTE.**

### SUS DERECHOS

- **Derecho a visualizar su historia clínica y obtener una copia de esta.** En la mayoría de los casos, tiene derecho a visualizar su historia clínica u obtener copias de esta. Debe presentar la solicitud por escrito. Le enviaremos una respuesta a su solicitud dentro de los treinta (30) días. Es posible que deba pagar una tarifa por el costo de realizar una copia de la historia clínica.
- **Derecho a una copia electrónica de su historia clínica.** Si su información se mantiene en formato electrónico, puede solicitar que se envíe la historia clínica electrónica a usted u a otra persona o entidad. Responderemos su solicitud dentro de los treinta (30) días.
- **Derecho a corregir o actualizar su historia clínica.** Si considera que hay algún error en su información de salud, puede solicitar que la corrijamos. Debe enviar su solicitud por escrito e indicar el motivo por el que necesita corregir la información.
- **Derecho a elegir cómo podemos comunicarnos con usted.** Puede solicitarnos que compartamos información con usted de una manera determinada. Por ejemplo, puede solicitarnos que le enviemos información a su dirección laboral en lugar de a su domicilio particular. Debe presentar esta solicitud por escrito. No es necesario que incluya el motivo de la solicitud. Es posible que rechacemos las solicitudes inaceptables.
- **Derecho a obtener una lista de divulgaciones.** Tiene derecho a solicitarnos

una lista de las divulgaciones realizadas después del 14 de abril de 2003. Debe enviar la solicitud por escrito. No se incluirá la información que se comparta con fines de tratamiento, pagos u operaciones de salud. Le proporcionaremos un listado por año contable sin cargo, pero es posible que cobremos por las listas adicionales que se soliciten dentro del período de 12 meses.

- **Derecho a recibir una notificación de violación de privacidad.** Tiene derecho a recibir una notificación en caso de que se viole la privacidad de cualquier información de salud protegida.
- **Derecho a solicitar restricciones sobre usos o divulgaciones.** Tiene derecho a solicitarnos que limitemos la forma en la que se utiliza la información o se la comparte con otros. Debe presentar la solicitud por escrito e indicar qué información deberíamos limitar. Podemos rechazar las solicitudes de restricción. Si paga la totalidad de los gastos de bolsillo para un artículo o servicio específico, tiene derecho a solicitar que no se divulgue la información con respecto a ese artículo o servicio. Siempre respetaremos esa solicitud.
- **Derecho a revocar la autorización.** Si le solicitamos que firme una autorización para la utilización o divulgación de su información personal, puede cancelar dicha autorización cuando lo desee. Debe presentar esa solicitud por escrito. Su solicitud no afectará la información que ya se haya compartido.
- **Derecho a obtener una copia de esta notificación.** Tiene derecho a solicitar una copia impresa de esta notificación en cualquier momento.
- **Derecho a presentar una queja.** Tiene derecho a presentar una queja si no está de acuerdo con la forma en la que hemos utilizado o divulgado su información.
- **Derecho a elegir a un representante.** Si nombró legalmente a alguien como representante personal, esa persona puede ejercer los derechos que usted tiene y tomar decisiones sobre su salud.

### NUESTRAS RESPONSABILIDADES

El Departamento de Servicios Humanos actúa como proveedor de atención médica para usted y su familia. Como consecuencia, debemos recopilar información sobre usted para

proporcionar estos servicios. Debemos proteger su información personal de acuerdo con las leyes federales y estatales, y cumpliremos con las condiciones de esta notificación. Es posible que utilicemos y divulguemos información sin su autorización por los siguientes motivos:

- **Tratamiento.** Podremos utilizar su información personal o divulgarla a los proveedores de atención médica que están involucrados en la atención que usted recibe.
- **Pago.** Podremos utilizar o divulgar su información para obtener pagos o pagar los servicios de atención médica que recibió o recibirá.
- **Operaciones de atención médica.** Podremos utilizar o divulgar su información a fin de administrar nuestro negocio, mejorar la atención que usted recibe y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- **Exigencias legales.** Divulgaremos información a un organismo de salud pública que lleve registros vitales, como nacimientos, muertes y algunas enfermedades.
- **Investigaciones de abuso y negligencia.** Podremos divulgar su información para denunciar todos los posibles casos de abuso o negligencia.
- **Actividades de supervisión de salud.** Podremos utilizar o divulgar su información en respuesta a una inspección o investigación llevada a cabo por funcionarios estatales.
- **Programas gubernamentales.** Podremos utilizar y divulgar su información para la administración y coordinación de beneficios públicos conforme a programas gubernamentales.
- **Evitar daños.** Podremos utilizar y divulgar su información a agencias de cumplimiento de la ley a fin de evitar amenazas graves a la salud y la seguridad de una persona o del público.
- **Investigación.** Podremos utilizar y divulgar la información que usted brinda para estudios y desarrollo de informes. Estos informes no identificarán específicamente al propietario de la información.
- **Asociados comerciales.** Podremos utilizar y divulgar su información a nuestros asociados comerciales que realizan tareas en nuestro nombre, si es necesario para el cumplimiento de dichas tareas.
- **Donación de órganos y tejidos.** Si usted es donante de órganos, podremos utilizar su información y divulgarla a organizaciones

comprometidas con la obtención, el almacenamiento o el transporte de órganos, ojos u otros tejidos, a fin de facilitar el trasplante de órganos.

- **Militares y veteranos.** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podremos divulgar su información a la autoridad militar correspondiente.
- **Indemnización laboral.** Podremos utilizar y divulgar su información a los fines de los programas de indemnización laboral o similares que ofrecen beneficios por enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.
- **Notificación de violación de datos.** Podremos utilizar y divulgar la información para enviar las notificaciones obligatorias por ley en caso de que se acceda a su información de salud o se la divulgue sin autorización.
- **Demandas y disputas.** Podremos utilizar y divulgar su información en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, petición de divulgación de pruebas u otro proceso legal.
- **Cumplimiento de la ley.** Podremos divulgar su información a agencias de cumplimiento de la ley en los siguientes casos: 1) si la información se ofrece en respuesta a una orden judicial, citación o proceso similar; 2) si la información se limita a identificar o localizar a una persona sospechosa, a un fugitivo, a un testigo material o a una persona desaparecida; 3) si la información está relacionada con una víctima de un delito en circunstancias muy limitadas; 4) si la información está relacionada con una muerte posiblemente ocasionada por un delito; 5) si la información está relacionada con una conducta delictiva en alguna propiedad del DHS; y 6) si la información es necesaria en una emergencia para informar un delito o hechos relacionados con este.
- **Médico forense, examinadores médicos y directores de funerarias.** Podremos divulgar su información a un médico forense o examinador médico para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. Podremos divulgar la información que usted nos brinda al director de una funeraria según sea necesario para que este lleve a cabo sus tareas.
- **Seguridad e inteligencia a nivel nacional.** Podremos divulgar la información que usted nos brinda a funcionarios federales autorizados para tareas de inteligencia,

contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

- **Servicios de protección para el presidente y otras personas.** Podremos divulgar la información que usted nos brinda a funcionarios federales autorizados a fin de que puedan ofrecer protección al presidente de los Estados Unidos, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros, o para realizar investigaciones especiales.
- **Reclusos o personas bajo custodia.** Si usted está preso, podremos divulgar la información que nos brinda a una institución correccional si dicha información fuera necesaria para que la institución: 1) le proporcione atención médica; 2) proteja su salud y su seguridad o las de otras personas; o 3) por la seguridad de las instituciones correccionales.
- **Divulgaciones a familiares, amigos y otras personas.** Podremos divulgar la información que nos brinda a familiares, amigos u otras personas involucradas en la atención médica que recibe. Podrá oponerse a compartir esta información. Además, podremos compartir la información con el representante personal legalmente designado.
- **Directorio del hospital.** A menos que nos notifique que se opone, podremos incluir determinada información personal sobre usted en el directorio del hospital a fin de responder a preguntas de amigos, de familiares, del clero y de otras personas que pregunten por usted mientras permanece en el hospital.

### Otros usos y divulgaciones que requieren de autorización por escrito

- **Para todas las demás situaciones.** Le pediremos una autorización por escrito antes de utilizar o divulgar la información por cualquier otro motivo que no se haya mencionado anteriormente. Entre las circunstancias especiales en las que se requiere de una autorización, se incluyen la mayoría de los usos y divulgaciones de sus notas de psicoterapia, determinadas divulgaciones de los resultados de las pruebas del virus de inmunodeficiencia humana o VIH, los usos y divulgaciones de su información médica con fines de mercadotecnia o para la venta de dicha información con algunas excepciones. Si nos autoriza, puede retirar dicha autorización por escrito en cualquier momento. Para ello, comuníquese con nosotros al número que se indica a continuación. Si revoca la

autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su información médica tal como lo permitía la autorización por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos confiado en su autorización.

- **Según otras exigencias legales.** Le pediremos una autorización por escrito a fin de cumplir con otras leyes que protegen el uso y la divulgación de la información que usted brinda.

### CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

Puede utilizar la información de contacto a continuación si desea presentar una queja o informar un problema en relación con el uso o la divulgación de su información médica. El tratamiento o los servicios que está recibiendo no se verán afectados por ninguna queja que presente. El DHS se opone a cualquier represalia que resulte de la participación en una investigación conforme a la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

**State of New Jersey**  
**Department of Human Services**  
Office of Legal and Regulatory Affairs  
P.O. Box 700  
Trenton, NJ 08625-0700  
888-347-5345

**U.S. Department of Health and Human Services**  
**Office of Civil Rights**  
200 Independence Ave, S.W., Room 509H  
Washington DC, 20201  
Teléfono: 866-627-7748/ TTY: 886-788-4989  
www.hhs.gov/ocr

### MODIFICACIONES A ESTA NOTIFICACIÓN

En el futuro, el DHS podrá modificar esta Notificación de prácticas de privacidad. Las modificaciones se pueden aplicar a la información médica que ya tenemos sobre usted, como también a la información que recibamos en el futuro. Según lo exige la ley, se publicará una copia de la nueva notificación en nuestras instalaciones/oficinas y se le proporcionará una copia a usted. Podrá solicitar una copia de nuestra notificación actual o visualizarla en línea en nuestro sitio web.