Where to get the COVID-19 vaccine and COVID Testing?

Testing? Nassau County Health Department if offering Free COVID testing at various sites throughout Nassau County on a **walk-in basis**. We test those 5 years of age and older. You may also call your doctor or urgent care centers in the community for information on testing. See the calendar below for a schedule.

OneNassau is not scheduling COVID-19 Vaccines for the Nassau County Health Department.

- Anyone wanting to receive a COVID-19 vaccine can come to one of our **walk-in clinics** we have scheduled throughout Nassau County. We have vaccine for 12 years of age and up at this time. Please see calendar below for schedule.

- Before coming to the clinic for your vaccine please read the Notice of Privacy Practice form below and complete the Screening and Consent Form below to bring with you the day of your shot.

Homebound? - Nassau County Health Department has COVID-19 vaccine available to any homebound Nassau County resident. Homebound would be someone that can't get out of their home without assistance by ambulance or special transportation services. If you or someone in your family is homebound, please call 904-875-6126 for information.

Shots brought to your business/organization? The Health Department will be glad to speak to any business or organization (church, work site, etc) about coming to their site to administer COVID-19 vaccine. For consideration, please call 904-875-6126.

Other vaccine locations? There are many other sites that are offering the COVID-19 vaccine in our community that you may call to obtain the vaccine. Barnabas Center is now offering Moderna Vaccine to anyone in the community. You can call them at 904-261-7000 for information. Additionally, Publix, Walgreens, CVS, and Winn Dixie all offer the vaccine. You may want to check with your primary care provider/doctor to see if they have the vaccine available. You can use the vaccine locator on this site to obtain information of other vaccine locations. Local television and newspapers also have information on where to obtain the COVID-19 vaccine.

COVID-19 VACCINE SCREENING AND CONSENT FORM

Administration Facility Name/Facility ID: _____

SECTION 1: INFORMATION ABOUT PATIENT (PLEASE PRINT)

Name: Last: First: Middle Initial:

Date of Birth: Month Day Year **Mobile Phone Number (Patient or Guardian): ( )**

Address: **Apt/Room #:**

City: **State:** **Zip:**

Name of Legal Guardian: Last: First: Middle Initial:

Sex (Gender assigned at birth)
- ☐ Female
- ☐ Male

Race
- ☐ American Indian or Alaska Native
- ☐ Asian
- ☐ Black or African American
- ☐ Native Hawaiian or other
- ☐ Pacific Islander
- ☐ White
- ☐ Other Asian
- ☐ Other Nonwhite
- ☐ Other Pacific Islander
- ☐ Unknown

Ethnicity
- ☐ Hispanic or Latino
- ☐ Not Hispanic or Latino
- ☐ Unknown

Primary Insurance Carrier ID #:_____Grp #: _____
Insurance Company:_____Insurance Company Phone #_____
Insured's Name:_____Relationship:_____Insured's Date of Birth_____
Secondary Insurance Carrier ID #:_____Grp #: _____
Insurance Company:_____Insurance Company Phone #_____
Insured's Name:_____Relationship:_____Insured's Date of Birth_____

Is this the patient's first or second dose of the COVID-19 vaccination? ☐ First Dose ☐ Second Dose

SECTION 2: COVID-19 SCREENING QUESTIONS

Please check YES or No for each question.	**Yes**	**No**
1. Do you have today or have you had at any time in the last 10 days a fever, chills, cough, shortness of breath, difficulty breathing, fatigue, muscle or body aches, headache, new loss of taste or smell, sore throat, congestion or runny nose, nausea, vomiting, or diarrhea?		
2. Have you tested positive for and/or been diagnosed with COVID-19 infection within the last 10 days?		
3. Have you had a severe allergic reaction (e.g. needed epinephrine or hospital care) to a previous dose of this vaccine or to any of the ingredients of this vaccine?		
4. Have you had any COVID-19 Antibody therapy within the last 90 days (e.g. Regeneron, COVID Convalescent Plasma, etc.)		

SECTION 3: IMMUNIZATION SCREENING GUIDANCE FOR COVID-19 VACCINE

Please check YES or No for each question.	**Yes**	**No**
5. Do you carry an Epi-pen for emergency treatment of anaphylaxis and/or have allergies or reactions to any medications, foods, vaccines or latex?		
6. For women, are you pregnant or is there a chance you could become pregnant?		
7. For women, are you currently breastfeeding?		
8. Are you immunocompromised or on a medication that affects your immune system?		
9. Do you have a bleeding disorder or are you on a blood thinner/blood-thinning medication?		
10. Are you a female age 18 to 49 years old receiving the Janssen (Johnson and Johnson) COVID-19 vaccine?		
11. If you are under the age of 18 are you and/or your guardian aware that you are only eligible to receive the Pfizer vaccine?		
12. Have you received a previous dose of any COVID-19 vaccine? If yes, which manufacturer's vaccine did you receive:		

- I certify that I am: (a) the patient and at least 18 years of age; (b) the legal guardian of the patient and confirm that the patient is at least 12 years of age (for Pfizer vaccine consent only); or (c) legally authorized to consent for vaccination for the patient named above. Further, I hereby give my consent to the Florida Department of Health (DOH) or its agents to administer the COVID-19 vaccine.
- I understand that this product has not been approved or licensed by FDA, but has been authorized for emergency use by FDA, under an EUA to prevent Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) for use in individuals either 12 years of age or older (Pfizer only) or 18 years of age and older (Pfizer, Moderna and Johnson and Johnson) ; and the emergency use of this product is only authorized for the duration of the declaration that circumstances exist justifying the authorization of emergency use of the medical product under Section 564(b)(1) of the FD&C Act unless the declaration is terminated or authorization revoked sooner.
- I understand that it is not possible to predict all possible side effects or complications associated with receiving vaccine(s). I understand the risks and benefits associated with the above vaccine and have received, read and/or had explained to me the Emergency Use Authorization Fact Sheet on the COVID-19 vaccine I have elected to receive. I also acknowledge that I have had a chance to ask questions and that such questions were answered to my satisfaction.
- I acknowledge that I have been advised to remain near the vaccination location for approximately 15 minutes (or more in specific cases) after administration for observation. If I experience a severe reaction, I will call 9-1-1 or go to the nearest hospital.
- On behalf of myself, my heirs and personal representatives, I hereby release and hold harmless the State of Florida, the Florida Department of Health (DOH), the Florida Division of Emergency Management (FDEM) and their staff, agents, successors, divisions, affiliates, subsidiaries, officers, directors, contractors and employees from any and all liabilities or claims whether known or unknown arising out of, in connection with, or in any way related to the administration of the vaccine listed above.
- I acknowledge that: (a) I understand the purposes/benefits of Florida SHOTS, Florida's immunization registry and (b) DOH will include my personal immunization information in Florida SHOTS and my personal immunization information will be shared with the Centers for Disease Control (CDC) or other federal agencies.
- I further authorize DOH, FDEM, or its agents to submit a claim to my insurance provider or Medicare Part B without supplemental coverage payment for me for the above requested items and services. I assign and request payment of authorized benefits be made on my behalf to DOH, FDEM, or its agents with respect to the above requested items and services. I understand that any payment for which I am financially responsible is due at the time of service or if DOH invoices me after the time of service, upon receipt of such invoice.
- I acknowledge receipt of the DOH Notice of Privacy Practices.

Signature of Patient or Authorized Representative_____ **Date:** _____

Print Name of Representative and Relationship to Person Receiving Vaccine: _____

Site (LD/RD)	Route	Manufacturer (MVX)	Lot # Unit of Use/ Unit of Sale	Expiration Date	Date of EUA Fact Sheet
	IM				

Administered at location: facility name/ID	
Administered at location: Type	
Administration Address:	
CVX (product)	
Sending organization:	

Vaccinator Print Name:_____ **Signature:**_____ **Date:** _____

Vaccine administering provider suffix: _____

FORMULARIO DE SELECCIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA PARA LA COVID-19

Nombre de la institución de administración/identificación de la institución: _____

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN ACERCA DEL PACIENTE (EN LETRA DE IMPRENTA)

Nombre: Apellido:	Primer nombre:	Inicial del 2.º nombre:
Fecha de nacimiento: Mes Día Año	**N.º de teléfono (paciente o tutor): ( )**	
Dirección:		**N.º de apartamento/habitación:**
Ciudad:	**Estado:**	**Código postal:**
Nombre del tutor legal: Apellido:	Primer nombre:	Inicial del 2.º nombre:

Sexo (Sexo asignado al nacer)	**Raza**				**Origen étnico**
☐ Mujer	☐ Indio americano/Nativo de Alaska	☐ Nativo hawaiano u otro	☐ Otro asiático	☐ Desconocido	☐ Hispano o latino
☐ Hombre	☐ Asiático	☐ Isleño del Pacífico	☐ Otro no blanco		☐ No hispano ni latino
	☐ Negro o afroamericano	☐ Blanco	☐ Otro isleño del Pacífico		☐ Desconocido

~~N.º de identificación de la **compañía de seguros principal**: _____ N.º de lote: _____~~
~~Compañía de seguros: _____ N.º de teléfono de la compañía de seguros _____~~
~~Nombre del asegurado: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento del asegurado _____~~
~~N.º de identificación de la **compañía de seguros secundaria**: _____ N.º de lote: _____~~
~~Compañía de seguros: _____ N.º de teléfono de la compañía de seguros _____~~
~~Nombre del asegurado: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento del asegurado _____~~

~~**¿Es esta la primera o segunda dosis de la vacuna para la COVID-19 del paciente?** ☐ Primera dosis ☐ Segunda dosis~~

SECCIÓN 2: PREGUNTAS DE DETECCIÓN DE LA COVID-19

Marque SÍ o No para cada pregunta.	**Sí**	**No**
1. ¿Tiene hoy o ha tenido en algún momento de los últimos 10 días fiebre, escalofríos, tos, falta de aliento, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida repentina del sentido del olfato o del gusto, dolor de garganta, congestión (nariz tapada) o secreción nasal (moqueo), náuseas, vómitos o diarrea?		
2. ¿Ha tenido un resultado positivo en una prueba de detección de infección con la COVID-19 o se la han diagnosticado esta en los últimos 10 días?		
3. ¿Ha tenido una reacción alérgica grave (p. ej., necesitó epinefrina o atención en un hospital) a una dosis previa de esta vacuna o a alguno de los ingredientes de esta vacuna?		
4. ¿Ha recibido alguna terapia de anticuerpos contra la COVID-19 en los últimos 90 días (p. ej., Regeneron, plasma de convalecientes de COVID, etc.?		

SECCIÓN 3: GUÍA DE SELECCIÓN PARA LA INMUNIZACIÓN CON LA VACUNA PARA LA COVID-19

Marque SÍ o No para cada pregunta.	**Sí**	**No**
5 ¿Lleva con usted un Epi-pen para el tratamiento de emergencia de la anafilaxia y/o tiene alergias o reacciones a algún medicamento, alimento, vacuna o al látex?		
6. En el caso de las mujeres, ¿está embarazada o existe la posibilidad de que quede embarazada?		
7. En el caso de las mujeres, ¿está amamantando actualmente?		
8. ¿Está inmunodeprimido/a o está recibiendo un medicamento que afecta al sistema inmunitario?		
9. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o está tomando un anticoagulante?		
10. ¿Es una mujer de 18 a 49 años de edad que recibe la vacuna de Janssen (Johnson and Johnson) contra la COVID-19?		
11. Si es menor de 18 años, ¿sabe usted y/o su tutor que usted solo es elegible para recibir la vacuna de Pfizer?		

12. ¿Ha recibido una dosis previa de alguna vacuna para la COVID-19? En caso afirmativo, ¿de qué fabricante era la vacuna que recibió?		

- Certifico que: (a) soy el paciente y tengo al menos 18 años de edad; (b) soy el tutor legal del paciente y confirmo que el paciente tiene al menos 12 años de edad (para el consentimiento para la vacuna de Pfizer únicamente); o (c) estoy legalmente autorizado para otorgar el consentimiento para la vacunación del paciente mencionado anteriormente. Además, otorgo mi consentimiento para que el Departamento de Salud de Florida (Florida Department of Health, DOH) o sus agentes administren la vacuna para la COVID-19.
- Entiendo que este medicamento no ha sido aprobado ni autorizado por la FDA, pero ha sido autorizado por la FDA para su uso de emergencia, en virtud de una Autorización para uso de emergencia (Emergency Use Authorization, EUA) para prevenir la enfermedad por el coronavirus 2019 (COVID-19), para su uso en personas de 12 años de edad o mayores (Pfizer únicamente), o bien, de 18 años de edad o mayores (Pfizer, Moderna y Johnson and Johnson); y el uso de emergencia de este medicamento solo está autorizado durante la vigencia de la declaración de que existen circunstancias que justifican la autorización de dicho uso de urgencia del medicamento en virtud de la Sección 564(b)(1) de la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos (Food, Drug, and Cosmetic Act, FD&C Act), a menos que se termine la declaración o se revoque antes.
- Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociadas a la administración de vacunas. Entiendo los riesgos y beneficios asociados a la vacuna mencionada anteriormente y he recibido, leído y/o me han explicado la Hoja informativa de uso de emergencia sobre la vacuna para la COVID-19 que he elegido recibir. Reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que me respondieron dichas preguntas de forma satisfactoria.
- Reconozco que se me ha aconsejado que permanezca cerca del centro de la vacunación durante aproximadamente 15 minutos (o más, en casos específicos) para estar en observación después de la administración de la vacuna. Si experimento una reacción grave, llamaré al 9-1-1 o iré al hospital más cercano.
- En mi nombre, en el de mis herederos y representantes personales, por la presente libero y eximo de responsabilidad al Estado de Florida, al Departamento de Salud (Department of Health, DOH) de Florida, a la División de Manejo de Emergencias de Florida (Florida Division of Emergency Management, FDEM) y a su personal, agentes, sucesores, divisiones, filiales, subsidiarias, funcionarios, directores, contratistas y empleados de cualquier responsabilidad o reclamación, ya sea conocida o desconocida, que surja de la administración de la vacuna mencionada anteriormente, o que esté relacionada con ella de cualquier manera.
- Doy fe de que: (a) entiendo los propósitos/beneficios de Florida SHOTS, el registro de vacunación de Florida; y que (b) el DOH incluirá mi información personal de vacunación en Florida SHOTS y que esta será compartida con los Centros para el Control de Enfermedades (Centers for Disease Control, CDC) u otras agencias federales.
- Además, autorizo al DOH, a la FDEM o a sus agentes a presentar una reclamación a mi proveedor de seguros o a la Parte B de Medicare sin que se me pague una cobertura suplementaria por los artículos y servicios solicitados anteriormente. Asigno y solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga en mi nombre al DOH, la FDEM o a sus agentes con respecto a los artículos y servicios solicitados anteriormente. Entiendo que cualquier pago del cual soy financieramente responsable se deberá realizar al momento del servicio, o si el DOH me factura después del momento del servicio, al recibir dicha factura.
- Confirmo la recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad del DOH.

Firma del paciente o representante autorizado_____ **Fecha:** _____

Nombre del representante, en letra de imprenta, y relación con la persona que recibe la vacuna:
_____

Centro (LD/RD)	Ruta	Fabricante (MVX)	N.° de lote unidad de uso/unidad de venta	Fecha de vencimiento	Fecha de la Hoja informativa de la EUA
	i.m.				

Administrada en la ubicación: nombre/identificación de la institución	
Administrada en la ubicación: tipo	

Dirección de la administración:	
CVX (producto)	
Organización de envío:	

Nombre del vacunador, en letra de imprenta: _____ **Firma** _____ **Fecha:** _____

Sufijo del proveedor que administra la vacuna: _____

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.

USES AND DISCLOSURES OF YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION

Protected health information includes demographic and medical information that concerns the past, present, or future physical or mental health of an individual. Demographic information could include your name, address, telephone number, social security number and any other means of identifying you as a specific person. Protected health information contains specific information that identifies a person or can be used to identify a person.

Protected health information is health information created or received by a health care provider, health plan, employer, or health care clearinghouse. The Department of Health can act as each of the above business types. This medical information is used by the Department of Health in many ways while performing normal business activities.

Your protected health information may be used or disclosed by the Department of Health for purposes of treatment, payment, and health care operations. *Health care professionals use medical information in the clinics or hospital to take care of you. Your protected health information may be shared, with or without your consent, with another health care provider for purposes of your treatment. The Department of Health may use or disclose your health information for case management and services. The Department of Health clinic or hospital may send the medical information to insurance companies, Medicaid, or community agencies to pay for the services provided you.*

Your information may be used by certain department personnel to improve the department's health care operations. The department also may send you appointment reminders, information about treatment options or other health-related benefits and services.

Some protected health information can be disclosed without your written authorization as allowed by law. Those circumstances include:

- Reporting abuse of children, adults, or disabled persons.
- Investigations related to a missing child.
- Internal investigations and audits by the department's divisions, bureaus, and offices.
- Investigations and audits by the state's Inspector General and Auditor General, and the legislature's Office of Program Policy Analysis and Government Accountability.
- Public health purposes, including vital statistics, disease reporting, public health surveillance, investigations, interventions, and regulation of health professionals.
- District medical examiner investigations;

- Research approved by the department.
- Court orders, warrants, or subpoenas;
- Law enforcement purposes, administrative investigations, and judicial and administrative proceedings.

Other uses and disclosures of your protected health information by the department will require your written authorization. These uses and disclosures may be for marketing and for research purposes, certain uses and disclosure of psychotherapist notes, and the sale of protected health information resulting in remuneration to the Department of Health.

This authorization will have an expiration date that can be revoked by you in writing.

INDIVIDUAL RIGHTS

You have the right to request the Department of Health to restrict the use and disclosure of your protected health information to carry out treatment, payment, or health care operations. You may also limit disclosures to individuals involved with your care. The department is not required to agree to any restriction.

You have the right to be assured that your information will be kept confidential. The Department of Health will make contact with you in the manner and at the address or phone number you select. You may be asked to put your request in writing. If you are responsible to pay for services, you may provide an address other than your residence where you can receive mail and where we may contact you.

You have the right to inspect and receive a copy of your protected health information that is maintained by the Department of Health within 30 days of the Department's receipt of your request.to obtain a copy of your protected health information. You must complete the Department's Authorization to Disclosure Confidential Information form and submit the request to the county health department or Children's Medical Services office. If there are delays in getting you the information, you will be told the reason for the delay and the anticipated date when you will receive your information.

Your inspection of information will be supervised at an appointed time and place. You may be denied access as specified by law.

If you choose to receive a copy of your protected health information, you have the right to receive the information in the form or format you request. If the Department cannot produce it in that form or format, it will give you the information in a readable hard copy form or another form or format that you and the Department agree to.

The Department cannot give you access to psychotherapy notes or certain information being used in a legal proceeding. Records are maintained for specified periods of time in accordance with the law. If your request covers information beyond that time the Department is required to keep the record, the information may no longer be available.

If access is denied, you have the right to request a review by a licensed health care professional who was not involved in the decision to deny access. This licensed health care professional will be designated by the department.

You have the right to correct your protected health information. Your request to correct your protected health information must be in writing and provide a reason to support your requested correction. The Department of Health may deny your request, in whole or part, if it finds the protected health information:

- Was not created by the department.
- Is not protected health information.
- Is by law not available for your inspection.
- Is accurate and complete.

If your correction is accepted, the department will make the correction and tell you and others who need to know about the correction. If your request is denied, you may send a letter detailing the reason you disagree with the decision. The department may respond to your letter in writing. You also may file a complaint, as described below in the section titled Complaints.

You have the right to receive a summary of certain disclosures the Department of Health may have made of your protected health information. This summary does not include:

- Disclosures made to you.
- Disclosures to individuals involved with your care.
- Disclosures authorized by you.
- Disclosures made to carry out treatment, payment, and health care operations.
- Disclosures for public health.
- Disclosures to health professional regulatory purposes.
- Disclosures to report abuse of children, adults, or disabled.
- Disclosures prior to April 14, 2003.

This summary does include disclosures made for:

- Purposes of research, other than those you authorized in writing.
- Responses to court orders, subpoenas, or warrants.

You may request a summary for not more than a 6 year period from the date of your request.

If you received this Notice of Privacy Practices electronically, you have the right to a paper copy upon request.

The Department of Health may mail or call you with health care appointment reminders.

DEPARTMENT OF HEALTH DUTIES

The Department of Health is required by law to maintain the privacy of your protected health information. This Notice of Privacy Practices tells you how your protected health information may be used and how the department keeps your information private and confidential. This notice explains the legal duties and practices relating to your protected health information. The department has the responsibility to notify you following a breach of your unsecured protected health information.

As part of the department's legal duties this Notice of Privacy Practices must be given to you. The department is required to follow the terms of the Notice of Privacy Practices currently in effect.

The Department of Health may change the terms of its notice. The change, if made, will be effective for all protected health information that it maintains. New or revised notices of privacy practices will be posted on the Department of Health website at http://www.floridahealth.gov/about-the-department-of-health/about-us/patient-rights-and-safety/hipaa/index.html and will be available by email and at all Department of Health buildings. Also available are additional documents that further explain your rights to inspect and copy and amend your protected health information.

COMPLAINTS

If you believe your privacy health rights have been violated, you may file a complaint with the: Department of Health's Inspector General at 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/ telephone 850-245-4141 and with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services at 200 Independence Avenue, S.W./ Washington, D.C. 20201/ telephone 202-619-0257 or toll free 877-696-6775.

The complaint must be in writing, describe the acts or omissions that you believe violate your privacy rights, and be filed within 180 days of when you knew or should have known that the act or omission occurred. The Department of Health will not retaliate against you for filing a complaint.

FOR FURTHER INFORMATION

Requests for further information about the matters covered by this notice may be directed to the person who gave you the notice, to the director or administrator of the Department of Health facility where you received the notice, or to the Department of Health's Inspector General at 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/ telephone 850-245-4141.

EFFECTIVE DATE

This Notice of Privacy Practices is effective beginning July 1, 2013, and shall be in effect until a new Notice of Privacy Practices is approved and posted.

REFERENCES

"Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule." 45 CFR Parts 160 through 164. *Federal Register* 65, no. 250 (December 28, 2000).
"Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule" 45 CFR Part 160 through 164. *Federal Register*, Volume 67 (August 14, 2002).

HHS, Modifications to the HIPAA Privacy, Security, Enforcement, and Breach Notification Rules under the Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act and the Genetic Information and Nondiscrimination Act; Other Modifications to the HIPAA Rules, 78 Fed. Reg. 5566 (Jan. 25, 2013).

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A LA MISMA. LÉALO DETENIDAMENTE.

USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

La información médica protegida incluye información demográfica y médica relacionada a la salud física o mental pasada, presente o futura de una persona. La información demográfica podría incluir su nombre, dirección, número de teléfono, número del seguro social y otros medios para identificarlo a usted como una persona específica. La información médica protegida contiene información específica que identifica a una persona o se puede usar para identificar a una persona.

La información médica protegida es información médica creada o recibida por un proveedor de atención médica, plan de salud, empleador o centro de intercambio de información sobre servicios médicos. El Departamento de Salud puede actuar como cada uno de los tipos de comercios anteriores. Esta información médica es usada por el Departamento de Salud en muchas formas en el desempeño de actividades comerciales normales.

Su información médica protegida puede ser usada por el Departamento de Salud para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. *Los profesionales de atención médica usan la información médica en las clínicas y hospitales para cuidar de usted. Su información médica protegida puede compartirse, con o sin su autorización, con otro proveedor de atención médica para propósitos de su tratamiento. El Departamento de Salud puede usar o divulgar su información médica para el manejo de su caso y servicios. El Departamento de Salud, clínica u hospital pueden enviar la información médica a compañías aseguradoras, Medicaid o agencias de la comunidad para pagar por los servicios que le proporcionan.*

Cierto personal del departamento puede usar su información para mejorar las operaciones de atención médica del departamento. El departamento también puede enviarle recordatorios de citas, información sobre opciones de tratamiento u otros servicios y beneficios relacionados con la salud.

Cierta información médica protegida puede divulgarse sin su autorización escrita según lo permita la ley. Tales circunstancias incluyen:

- Reportar el abuso a niños, adultos o personas discapacitadas.
- Investigaciones relacionadas con un menor desaparecido.
- Auditorías e investigaciones internas por parte de las oficinas, divisiones y dependencias del departamento.
- Investigaciones y auditorías por parte del Inspector General y Auditor General del estado, y la Oficina de Análisis de las Políticas del Programa y Contraloría General de la legislatura.

- Propósitos de salud pública, que incluyen estadísticas demográficas, reporte de enfermedades, supervisión de salud pública, investigaciones, intervenciones y regulación de profesionales médicos.
- Investigaciones del médico forense de distrito;
- Investigación aprobada por el departamento.
- Órdenes de un tribunal, órdenes judiciales y citaciones;
- Propósitos de aplicación de la ley, investigaciones administrativas, y procesos legales y administrativos.

Otros usos y divulgaciones de su información médica protegida por parte del departamento requieren su autorización escrita. Esta autorización tiene una fecha de vencimiento y usted la puede revocar en forma escrita. Estos usos y divulgaciones pueden ser para fines de mercadeo e investigación, ciertos usos y divulgación de notas del psicoterapeuta y la venta de información médica protegida que resulta en remuneración para el Departamento de Salud.

DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene derecho a solicitar al Departamento de Salud que restrinja el uso y la divulgación de su información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede limitar las divulgaciones a las personas involucradas en su atención. El departamento no está obligado a aceptar las restricciones. Sin embargo, en situaciones en las que usted o alguien más en su nombre pagan por la totalidad de un artículo o servicio, y usted solicita que la información relacionada con dicho artículo o servicio no se divulgue a una compañía aseguradora, el Departamento aceptará la restricción solicitada.

Tiene derecho a que le garanticen que su información se mantendrá confidencial. El Departamento de Salud se comunicará con usted en la forma y a la dirección o número de teléfono que usted elija. Es posible que se le pida que presente su solicitud por escrito. Si usted es responsable de pagar por los servicios, puede proporcionar una dirección que no sea la de su residencia donde puede recibir correo y donde podamos comunicarnos con usted.

Tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia de su información médica protegida. La inspección que usted haga de la información se hará bajo supervisión y en un lugar y hora definidos. Puede denegársele el acceso según lo especifique la ley. Si se le niega el acceso, tiene derecho a solicitar una revisión por parte de un profesional de atención médica certificado que no haya estado involucrado en la decisión de denegar el acceso. El departamento será el encargado de designar a este profesional de atención médica certificado.

Tiene derecho a corregir su información médica protegida. La solicitud de corregir su información médica protegida debe hacerse por escrito e indicar un motivo que respalde la corrección que solicita. El Departamento de Salud puede denegar su solicitud, en su totalidad o en parte, si determina que la información médica protegida:

- No fue creada por el departamento.
- No es información médica protegida.
- Por ley, no está disponible para que usted la inspeccione.
- Es precisa y completa.

Si se acepta la corrección, el departamento hará la corrección y le informará a usted y a otros que deben estar enterados de la misma. Si se deniega la corrección, puede enviar una carta

donde detalla el motivo por el cual no está de acuerdo con la decisión. El departamento responderá a su carta por escrito. También puede presentar una queja, tal como se describe más adelante en la sección de quejas.

Tiene derecho a recibir un resumen de ciertas divulgaciones que el Departamento de Salud pueda haber hecho de su información médica protegida. Este resumen no incluye:

- Divulgaciones que le hayan hecho a usted.
- Divulgaciones hechas a las personas involucradas en su atención.
- Divulgaciones autorizadas por usted.
- Divulgaciones hechas para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- Divulgaciones para salud pública.
- Divulgaciones para fines normativos de profesionales médicos.
- Divulgaciones para reportar el abuso a niños, adultos o personas discapacitadas.
- Divulgaciones previas al 14 de abril de 2003.

Este resumen sí incluye:

- Divulgaciones con fines de investigación, distintos a los que usted autorice por escrito.
- Divulgaciones en respuesta a órdenes de un tribunal, órdenes judiciales y citaciones.

Puede solicitar un resumen de un período de menos de 6 años desde la fecha de su solicitud.

Si recibió este Aviso de prácticas de privacidad en formato electrónico, tiene derecho a solicitar una copia impresa.

El Departamento de Salud puede enviarle un correo o llamarle para recordarle de citas de atención médica.

RESPONSABILIDADES DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

Por ley, el Departamento de Salud está obligado a mantener la privacidad de su información médica protegida. Este Aviso de prácticas de privacidad explica cómo se puede usar su información médica protegida y cómo el departamento la mantiene privada y confidencial. Este aviso explica las prácticas y responsabilidades legales relacionadas a su información médica protegida. El departamento tiene la responsabilidad de informarle luego de una violación de la seguridad de su información médica protegida.

Como parte de las responsabilidades legales del departamento, se le debe entregar este Aviso de prácticas de privacidad. El departamento está obligado a cumplir con los términos vigentes del Aviso de prácticas de privacidad.

El Departamento de Salud puede cambiar los términos de este aviso. El cambio, si se hace, aplicará a toda la información médica protegida que mantiene. Los avisos de prácticas de privacidad nuevos o enmendados se publicarán en el sitio web del Departamento de Salud en www.myflorida.com y estarán disponibles por correo electrónico y en todos los edificios del

Departamento de Salud. También hay disponibles otros documentos que explican en más detalle sus derechos a inspeccionar y copiar y enmendar su información médica protegida.

QUEJAS

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad en cuestiones médicas, puede presentar una queja ante el Inspector General del Departamento de Salud en 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/ teléfono 850-245-4141 y con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. en 200 Independence Avenue, S.W./ Washington, D.C. 20201/ teléfono 202-619-0257 o línea de llamada gratuita 877-696-6775.

La queja se debe hacer por escrito, describir los actos u omisiones que considera que violan sus derechos de privacidad, y presentarse dentro de los 180 días después de enterarse o de cuando debió haber sabido que ocurrió el acto o la omisión. El Departamento de Salud no tomará represalias en su contra por presentar una queja.

PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL

Las solicitudes de información adicional sobre los temas cubiertos por este aviso pueden dirigirse a la persona que le entregó el aviso, al director o administrador de la oficina del Departamento de Salud donde recibió este aviso o al Inspector General del Departamento de Salud en 4052 Bald Cypress Way, BIN A03/ Tallahassee, FL 32399-1704/ teléfono 850-245-4141.

FECHA DE VIGENCIA

Este Aviso de prácticas de privacidad entra en vigencia a partir del 1 de julio del 2013 y se mantendrá vigente hasta que se apruebe y publique un nuevo Aviso de prácticas de privacidad.

REFERENCIAS

"Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule." 45 CFR Partes 160 a164. *Federal Register* 65, no. 250 (28 de diciembre, 2000).
"Standards for the Privacy of Individually Identifiable Health Information; Final Rule" 45 CFR Partes 160 a 164. *Federal Register*, Volumen 67 (14 de agosto, 2002).
HHS, modificaciones a las Reglas de aviso de violación, privacidad, seguridad y aplicación de HIPAA de acuerdo con la Ley de tecnologías de la información para la salud económica y clínica y la Ley de no discriminación por información genética, otras modificaciones a las Reglas de HIPAA, 78 Fed. Reg. 5566 (25 de enero, 2013).