

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE WAUKESHA
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD**

**ESTE AVISO INDICA CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA
Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CON CAUTELA.**

La ley exige que el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Waukesha (WCDHHS) mantenga la privacidad de su información médica. Llamamos a esta información "información de salud protegida" o "PHI". Su PHI consiste en la información recopilada sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su estado físico o estado mental pasados, presentes o futuros y los servicios de atención médica relacionados.

Este Aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida para realizar los tratamientos, pagos u atenciones médicas y para otros fines que la ley autoriza o exige. Este Aviso le proporciona información sobre nuestras responsabilidades legales y nuestras prácticas de privacidad con respecto a su PHI, y explica sus derechos de acceso y control de su PHI tanto en formato físico (papel) como electrónico. Este Aviso, también, detalla las obligaciones que tenemos con usted con respecto al uso y divulgación de su PHI.

Debemos cumplir con los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad. Podemos cambiar los términos de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. El nuevo Aviso de prácticas de privacidad entrará en vigencia para todo el contenido de la PHI que mantenemos en ese momento, incluida la información médica que elaboramos o recibimos antes de realizar los cambios, así como cualquier registro que elaboramos o recibamos en el futuro. Si lo solicita, le entregaremos una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad más reciente.

También puede obtener la versión más actualizada del Aviso al acceder a nuestro sitio web en la siguiente dirección: (www.waukeshacounty.gov/HealthAndHumanServices/general-information/eop-and-hipaa/), por teléfono y mediante solicitud para que le enviemos una copia revisada por correo, o una copia en el momento de su próxima consulta. Si tiene alguna pregunta sobre cualquier información que figura en este Aviso, o si desea obtener más información sobre las prácticas de privacidad del WCDHHS, comuníquese con el Coordinador del Programa de Cumplimiento del WCDHHS por teléfono al 262-548-7662 o por correo electrónico a: hhsprivacy@waukeshacounty.gov.

Los proveedores que participan en el Acuerdo Organizado de Atención Médica (OHCA) pueden usar la misma historia clínica electrónica para registrar y revisar los servicios de atención médica que le ofrecen. El uso de la historia clínica electrónica permite a sus proveedores coordinar la atención de usted, mejorar el intercambio de información importante sobre su tratamiento y obtener información completa y actualizada para cualquier proveedor que use la historia clínica electrónica compartida. Sus proveedores de atención médica almacenarán, verán y compartirán su información de salud en un sistema de historia clínica electrónica. Cuando reciba tratamiento por cualquiera de estos proveedores de atención médica, cada proveedor utilizará la misma historia clínica electrónica para registrar la información sobre su tratamiento. Tenga en cuenta que una vez que su información se combine en el sistema de historia clínica electrónica, no se puede separar. Brindamos atención a nuestros pacientes en asociación con médicos y otros profesionales y organizaciones. Los siguientes enumerados son responsables del seguimiento de nuestras prácticas de privacidad:

- a. Cualquier profesional de atención médica/profesional de servicios humanos y de salud que lo atienda en cualquiera de nuestras ubicaciones.
- b. Todas las ubicaciones, divisiones y unidades del WCDHHS conformadas por nuestra fuerza laboral, independientemente de la ubicación geográfica.
- c. Todos los miembros de nuestra fuerza laboral, incluidos los empleados, trabajadores contratados, estudiantes, pasantes y voluntarios.
- d. Cualquier socio comercial u organización de servicio autorizado con quien compartimos información médica.

El WCDHHS está comprometido a mantener privada su PHI. Cuando divulguemos su PHI, haremos todo lo posible para limitar el uso y divulgación de su información al mínimo necesario para el propósito específico.

A. USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE WAUKESHA AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD

Podemos utilizar y divulgar su PHI con el fin de brindarle servicios de atención médica. Su PHI también puede usarse y divulgarse para el pago de sus facturas de atención médica y para respaldar nuestras operaciones. Los siguientes son ejemplos de los tipos de usos y divulgaciones de su PHI que podemos realizar sin su autorización por escrito. Estos ejemplos no tienen como objetivo ser exhaustivos.

1. **Tratamiento:** El WCDHHS puede usar o divulgar su PHI para brindar, coordinar o administrar su atención. Nos comunicaremos con usted por teléfono, correo electrónico, portal del paciente o por correo. Esto incluye la comunicación y consulta con otros proveedores internos o externos que le ofrecen servicios a usted y a los miembros de su familia.
 - a. Por ejemplo, un médico puede usar la información de su registro para determinar qué opción de tratamiento, como un medicamento o una terapia, se adapta mejor a sus necesidades médicas. El tratamiento seleccionado se anotará en su registro para que otros profesionales de la salud puedan tomar decisiones informadas sobre su atención médica.
 - b. También podemos usar o divulgar su información médica para lo siguiente:
 - i. Programar un estudio, como un análisis de sangre o una radiografía,
 - ii. Enviar una receta a su farmacia,
 - iii. Continuar recibiendo atención médica luego de su estadía en el hospital o recibir los servicios de la clínica.
2. **Pago:** Por los servicios que le brindamos, podemos usar y divulgar su información de salud para enviar facturas y cobrarle pagos a usted, su plan médico u otros terceros pagadores, como programas de seguros del gobierno como Medicaid o Medicare. Por lo general, esto incluirá información que lo identifique, su diagnóstico y el tratamiento que se le proporcionó. Si recibió servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, se exige su consentimiento antes de que podamos facturar a un tercero por el pago. Por ejemplo, podemos hacer lo siguiente:
 - a. Enviar una factura o documentación médica que indique su nombre, su diagnóstico y la atención que recibió a su compañía de seguros. Proporcionamos esta información a su compañía de seguros para ayudarlo a recibir el pago de sus facturas médicas.
 - b. Usar y divulgar información de salud protegida que su plan médico pueda precisar antes de aprobar o pagar los servicios de atención médica. Su plan médico puede exigir esta información para lo siguiente:
 - i. Decidir la elegibilidad o la cobertura para los beneficios del seguro.
 - ii. Tomar una decisión médica por motivos necesarios sobre los servicios que recibió.
 - iii. Encargarse de los fines de auditoría.
 - c. Divulgar su información de salud a otro proveedor de atención médica si ese proveedor de atención médica necesita la información para el pago de los servicios médicos que le brindó.
 - d. Divulgar su información de salud a un miembro de la familia que se encargue de pagar sus facturas médicas.
3. **Operaciones del cuidado médico:** Podemos usar o divulgar su PHI para las actividades relacionadas con la evaluación de la atención al cliente, la evaluación de desempeño sobre nuestros proveedores, la planificación comercial y para garantizar el cumplimiento de la ley. Si se precisa divulgar su información fuera del entorno del WCDHHS para las actividades, solicitaremos su autorización por escrito antes de realizar la divulgación, a menos que la ley lo autorice. Por ejemplo, podemos hacer lo siguiente:
 - a. Revisar su diagnóstico, tratamiento e información de resultados para mejorar la calidad o el costo de la atención y los servicios que brindamos. Estas actividades de mejora de calidad y costos pueden incluir lo siguiente:
 - i. La evaluación sobre el desempeño de sus médicos, enfermeras y otros profesionales, o el análisis de la efectividad del tratamiento que se le brinda.
 - ii. La comparación del éxito de su tratamiento con el tratamiento de otros pacientes.
 - iii. La acción de llamar y dejar un mensaje como recordatorio de una consulta ya programada, para coordinar una consulta o para reprogramarla.
 - iv. El hecho de contactarlo para brindarle información sobre las alternativas de tratamiento, el control

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE WAUKESHA AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD

de enfermedades o sobre otros productos y servicios relacionados con la salud que ofrecemos.

- b. Usar su nombre y dirección para enviarle boletines informativos sobre los programas y servicios que ofrecemos. Además, podemos usar su nombre, dirección e información de salud para enviarle avisos e invitaciones a los eventos de celebración que ofrecemos. (Puede comunicarse con el Supervisor de Administración de Información de Salud del WCDHHS para solicitar que no se le envíen estos mensajes).
 - c. Usar su información cuando se realicen las actividades de capacitación, convalidación, certificación o acreditación.
 - d. Usar su información para revisiones médicas, gestión de riesgos, servicios legales y auditorías para incluir la detección de fraudes y abusos y el cumplimiento.
 - e. Usar su información para la planificación y el desarrollo empresarial.
 - f. Usar su información para la gestión comercial y las actividades administrativas generales, incluidas las actividades de gestión relacionadas con la privacidad, el servicio al cliente, la resolución de quejas y las reclamaciones de los pacientes, y para generar información anónima de salud.
 - g. Por cierto, tener acceso a su información de salud protegida, ya sea en papel o en formato electrónico, mientras se realiza las actividades de rutina.
 - h. Divulgar su información de salud a los médicos, clínicas, hospitales y compañías de transporte médico de emergencia que lo atendieron anteriormente para ayudarlos a facilitar su mejora de la calidad y otras actividades de operaciones de atención médica.
 - i. Compartir su PHI con "socios comerciales" de terceros u organizaciones autorizadas de servicio que realizan diversas actividades en nuestra representación, como facturación, cobros, encuestas de satisfacción de los pacientes y servicios de transcripción. Cada vez que usamos o divulgamos su PHI a un socio comercial o a una organización autorizada de servicio, tenemos un contrato por escrito con ellos en el que se protege la privacidad y confidencialidad de su PHI.
 - j. Revisar su PHI para determinar si otro tratamiento o un servicio nuevo que ofrecemos puede beneficiarlo.
4. **Según lo requerido por la ley:** Podemos usar o divulgar su información de salud protegida según lo exija o lo permita la ley federal, estatal o local a las autoridades legales, como funcionarios públicos, funcionarios judiciales u otras agencias gubernamentales autorizadas. Por ejemplo:
- a. Tenemos la obligación de informar el maltrato, la negligencia, la violencia doméstica y otras lesiones físicas reales y sospechadas.
 - b. Es posible que nos exijan divulgar su información de salud protegida en respuesta a una orden judicial.
 - c. Nos exigen ingresar información relevante en el Sistema de información de bienestar infantil automatizado en todo el estado (eWISACWIS), que esté relacionada con las evaluaciones de maltrato, negligencia infantil o el cuidado y la custodia.
5. **Para las actividades de salud pública:** Cuando lo exija la ley, podemos divulgar su PHI a las autoridades de salud pública en ciertas circunstancias para lo siguiente:
- a. Controlar o prevenir las lesiones, las discapacidades o la propagación de una enfermedad contagiosa.
 - b. Informar nacimientos o defunciones.
 - c. Informar a la Administración de Alimentos y Medicamentos las reacciones a los medicamentos o los problemas con productos.
 - d. Notificar la información relevante al Control de Toxicológico.
 - e. Ingresar la información requerida en el Registro de Vacunación de Wisconsin.
 - f. Informar a su empleador sobre ciertas enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo para que se monitoree su lugar de trabajo por fines de seguridad.
6. **Para instituciones correccionales y de aplicación de la Ley:** Podemos divulgar su PHI cuando lo solicite un funcionario público en respuesta a una orden judicial, autorización judicial o citación. Podemos usar o divulgar su PHI si es necesario para que las fuerzas policiales identifiquen o detengan a un sospechoso, fugitivo, testigo material o para localizar a una persona desaparecida. Podemos divulgar su PHI para denunciar delitos que ocurran en nuestras instalaciones o para denunciar un delito durante un caso de emergencia. También podemos divulgar su

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE WAUKESHA
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD

PHI a instituciones correccionales o al personal funcionario público para ciertos fines si usted es un recluso o está bajo custodia legal.

Aviso de garantías pendientes:

El Tribunal del Condado de Waukesha considera a los trabajadores sociales y miembros de la fuerza laboral del WCDHHS como "agentes del Tribunal". Como resultado, si un cliente implicado en un caso judicial tiene una orden de arresto pendiente, el Tribunal espera que el WCDHHS se comunique con la policía.

7. **Víctimas de maltrato, negligencia o violencia:** Podemos divulgar su PHI a una autoridad gubernamental autorizada por la ley para recibir informes sobre maltrato, negligencia o violencia relacionada con los niños, adultos en riesgo o personas mayores.
8. **Para actividades de supervisión de la salud:** Podemos divulgar su PHI a las agencias de supervisión de la salud, incluidas las agencias gubernamentales, para que puedan monitorear, investigar, inspeccionar, disciplinar u otorgar licencias a las personas que trabajan en el sistema de atención médica o brindan servicios para los programas de beneficios del gobierno.
9. **Para procedimientos judiciales y administrativos:** Podemos divulgar su PHI durante un procedimiento administrativo o judicial en respuesta a una orden judicial o a través de una citación, una solicitud de descubrimiento u otro tipo de orden administrativa.
10. **Para clientes fallecidos:** Podemos divulgar la PHI sobre los clientes fallecidos a los médicos forenses, peritos forenses y directores de funerarias cuando sea necesario para identificar al difunto, determinar la causa de la muerte o según lo autorice la ley. También podemos divulgar la PHI de un cliente fallecido a un director de funeraria según sea necesario para llevar a cabo los arreglos después de la muerte.
11. **Para la donación de órganos, ojos o tejidos:** Podemos divulgar la PHI de un cliente fallecido a organizaciones que manejan la obtención de órganos, ojos o tejidos u a otras organizaciones de atención médica para el transporte de donaciones de órganos, ojos o tejidos cuando se confirma que el cliente que falleció es un donante.
12. **Para investigación:** En determinadas circunstancias y solo después de un proceso de aprobación especial, podemos usar y divulgar su PHI con fines de investigación. Por ejemplo, su información puede usarse para evaluar la efectividad de un medicamento o si ciertos tratamientos son más eficaces que otros para tratar un diagnóstico.
13. **Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad:** Podemos divulgar su PHI de manera muy limitada a las personas adecuadas para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad de una persona específica o del público. La divulgación, en general, se limita al personal funcionario público implicado en la seguridad pública.
14. **Para funciones gubernamentales especializadas:** Podemos divulgar su PHI a funcionarios militares o federales según sea necesario para fines jurídicos de seguridad nacional, investigaciones o actividades de inteligencia.
15. **Para la compensación laboral:** Podemos divulgar la PHI que esté prudencialmente relacionada con una lesión de compensación laboral a la compensación laboral u otros programas similares sin su autorización. Estos programas pueden ofrecer beneficios por lesiones o enfermedades laborales.
16. **A las personas responsables en su atención médica o en el pago de ella:** Podemos divulgar la PHI relevante a un familiar o amigo responsable de su atención médica. Muchos clientes quieren que informemos su atención a los miembros de la familia y otras personas para mantenerlos informados y para que esas personas puedan ayudarlo a comprender su atención, gestionar sus facturas o programar las consultas. Si los miembros de la familia o los amigos están presentes mientras se brinda su atención, asumiremos que pueden escuchar la conversación, a menos que indique lo contrario. Si no está presente o está incapacitado, utilizaremos el criterio profesional para determinar si la divulgación de la PHI limitada a esas personas es lo mejor para usted según las circunstancias. Si no desea que divulguemos su PHI a los miembros de su familia u otras personas encargadas en su atención o en el manejo

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE WAUKESHA
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD**

de sus facturas, informe a su proveedor u a su trabajador social.

17. **Situaciones de catástrofes o pandemias:** En respuesta a las catástrofes, incluida una pandemia, podemos divulgar su PHI a los trabajadores socorristas autorizados en casos de catástrofes y pandemia según sea necesario para ayudar en las actividades de manejo de catástrofes y pandemias.
18. **Directorio de instalaciones (Centro de salud mental):** Los miembros de nuestra fuerza laboral conservan el directorio del centro mientras usted recibe tratamiento en el hospital para pacientes ingresados y puede incluir su nombre, su ubicación dentro de nuestro centro, su afección (descrita en términos generales que no informa información médica específica sobre usted) y su afiliación religiosa. Esta información puede divulgarse a miembros del clero, familiares y otras personas que pregunten sobre usted por su nombre mientras recibe nuestra atención médica. Tenemos la obligación de informarle sobre su derecho a optar por no ser incluido en el directorio o decidir qué información se puede incluir y divulgar (y a quién) si decide que se incluya su información. Incluso si decide que su información se incluya en el directorio y autoriza que esa información se divulgue inicialmente, puede cambiar dicha decisión y restringir que una parte o toda su información se divulgue del directorio en cualquier momento. Si no desea que lo incluyan en el directorio, no desea que divulguemos su información, o si tiene restricciones específicas en cuanto a qué información puede divulgarse a quién, puede informar a cualquier miembro de la fuerza laboral encargado de su atención, y nos aseguraremos de que se sigan sus instrucciones. En circunstancias de emergencia en las que no pueda oponerse a la inclusión o divulgación de su información en el directorio, el WCDHHS puede incluir su información en el directorio y divulgarla si concuerda con sus preferencias previamente expresadas y si es lo mejor para usted, según lo determine su proveedor de WCDHHS a criterio profesional. (NOTA: El WCDHHS debe brindarle la oportunidad de negarse ante el uso y la divulgación de su información en nuestro directorio de instalaciones tan pronto como sea posible hacerlo).
19. **A otros departamentos del condado/WCDHHS:** Podemos divulgar su PHI a otros departamentos y divisiones del condado de Waukesha que ofrecen servicios de socios comerciales al WCDHHS para las operaciones de pago, tratamiento y atención médica.
20. **Información con protecciones adicionales:** Tenga en cuenta que cierta PHI puede contener protecciones adicionales según las leyes estatales y federales. Por ejemplo, la PHI sobre el VIH/SIDA, la salud mental, los trastornos por consumo de sustancias y los resultados de las pruebas genéticas pueden gestionarse de manera diferente a otra PHI. Cuando existen requisitos específicos y más restrictivos dentro de las leyes, no podemos divulgar esa información sin antes recibir su permiso por escrito. Por ejemplo, no divulgaremos los resultados de su prueba de VIH sin antes obtener su permiso por escrito, salvo según lo exija la ley. También es posible que la ley nos exija obtener su permiso por escrito para usar y divulgar información relacionada con su tratamiento por una enfermedad mental, discapacidad del desarrollo o trastorno por consumo de sustancias (SUD). Puede haber otras restricciones sobre cómo usamos y divulgamos su información de salud además de las que figuran anteriormente. Las leyes estatales y federales que rigen dichas restricciones aparecen en los Estatutos de Wisconsin §§ 51.30, 146.816, 146.82, 252.15, 905.04 y 995.50; Código Administrativo de Wisconsin DHS 92 y 124.14; y Ley Federal 42 C.F.R. Parte 2 y 45 C.F.R. Partes 160 y 164.

Información adicional relacionada con la confidencialidad de los registros de trastornos por consumo de sustancias:

En general, no podemos divulgar que un cliente asiste al programa SUD a personas no autorizadas, ni podemos divulgar información que identifique a un cliente como consumidor/consumidor excesivo de alcohol u otras drogas a menos que:

- (1) El cliente expresa su consentimiento mediante la firma de una autorización por escrito; o
- (2) Una orden judicial permite la divulgación; o
- (3) La divulgación se hace al personal médico en una emergencia médica o al personal calificado para realizar una investigación, auditoría o evaluación de programas.

El incumplimiento de las leyes y reglamentos federales por parte de un programa SUD es un delito. Se pueden

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE WAUKESHA AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD

informar los presuntos incumplimientos al Coordinador del Programa de Cumplimiento para que realice una investigación y, si se determina que ha ocurrido un incumplimiento, se informará el incidente a las autoridades correspondientes de conformidad con las leyes federales. También puede dirigir los presuntos incumplimientos de la confidencialidad de los registros de SUD al Fiscal de los Estados Unidos para el Distrito Este de Wisconsin utilizando los siguientes métodos de contacto e información:

Correo postal: U.S. Attorney's Office
517 E. Wisconsin Ave, Ste 530
Milwaukee, WI 53202

Teléfono principal: (414) 297-1700

Las leyes y los reglamentos federales no impiden la divulgación de información sobre un delito cometido por un cliente, ya sea en el programa o contra cualquier persona que trabaje para el programa, o sobre cualquier amenaza de cometer dicho delito. Las leyes y los regulaciones federales tampoco impiden la divulgación de información sobre las sospechas de maltrato o negligencia infantil a las autoridades estatales o locales correspondientes.

Es posible que algunos fragmentos de este Aviso general de prácticas de privacidad no se apliquen a ciertos tipos de PHI. Si tiene alguna pregunta sobre protecciones especiales, comuníquese con el Coordinador del Programa de Cumplimiento.

Cuándo se requiere que el WCDHHS obtenga una autorización para usar o divulgar su información de salud:

Excepto por lo descrito en este Aviso de prácticas de privacidad, no usaremos ni divulgaremos su información de salud sin recibir su autorización por escrito. Por ejemplo, se requiere su autorización para los usos y las divulgaciones que se hagan de las notas de psicoterapia (y también para que el autor de las notas de psicoterapia las use para su tratamiento), con fines de marketing o la venta de PHI. Si nos autoriza a usar o divulgar su información de salud para otro propósito, puede revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento presentando su solicitud por escrito al Supervisor de Manejo de Información de Salud. Si revoca su autorización, ya no podremos usar ni divulgar su información de salud por los motivos cubiertos en su autorización por escrito, aunque no podremos retirar ninguna divulgación que ya se haya hecho con su permiso.

B. SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Tiene varios derechos con respecto a su PHI. Lo siguiente expuesto es una declaración de sus derechos y una breve descripción de cómo puede ejercerlos. Si desea ejercer cualquiera de los siguientes derechos, comuníquese con el Supervisor de Manejo de Información de Salud o el Coordinador del Programa de Cumplimiento.

1. Derecho a comprobar y copiar su información de salud protegida

Tiene derecho a comprobar y solicitar una copia de la información que figura en su historia clínica sobre usted. Esto incluye historias clínicas y de facturación que conservamos y utilizamos para tomar decisiones sobre su atención. Para obtener o comprobar una copia de su historia clínica, comuníquese con la Unidad de Registros en el lugar donde recibió los servicios y complete un formulario de divulgación o autorización. Podemos cobrar una tarifa racional por los costos de copiado, envío por correo u otros suministros asociados con su solicitud.

Tiene derecho a obtener una copia electrónica de sus registros si lo desea. Puede indicarnos que transmitamos la copia a otra entidad o persona que usted nombre, siempre que la elección sea clara, perceptible y específica. Si el formato no se puede producir fácilmente, el WCDHHS trabajará con usted para proporcionarla en un formato electrónico adecuado.

La mayoría de los clientes tienen acceso completo para comprobar y recibir una copia de su registro completo. Existen pocos casos en los que podemos denegar una solicitud para comprobar y recibir una copia de alguna

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE WAUKESHA AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD

información en el registro. Como por ejemplo, las notas de psicoterapia o información recopilada para procedimientos judiciales, o si, según a criterio profesional de su proveedor, existe la posibilidad de que la divulgación de la información pone en peligro la vida o la seguridad física de una persona. Comuníquese con el Supervisor de Gestión de Información de Salud o el Coordinador del Programa de Cumplimiento si tiene alguna pregunta sobre el acceso a sus registros.

2. **Derecho a solicitar la modificación de su información de salud protegida**

Tiene derecho a solicitar enmiendas a la información en sus registros si cree que la información está incompleta o es incorrecta. Debe enviar su solicitud por escrito al Supervisor de Manejo de Información de Salud o al Coordinador del Programa de Cumplimiento. Deberá explicar el motivo del cambio de su PHI. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos todo lo posible para informar a otros, incluidas las personas que usted nombre, sobre el formulario de modificación e incluir las modificaciones en cualquier divulgación futura de tal información. Podemos denegar su solicitud en el caso de que no hayamos creado la información que solicitó que se modifique, si se verifica que la información es precisa y completa, si el creador de la información ya no está disponible para realizar la modificación, pero realizó la entrada según el criterio profesional, o por otros motivos. Si denegamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito sobre tal negativa. Puede responder con una declaración de desacuerdo, que agregaremos a la información que solicitó que modifiquemos.

3. **Derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones**

Tiene derecho a solicitar que limitemos la forma en que se usa o divulga su información de salud para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. También puede solicitar que no divulguemos ningún contenido de su PHI a familiares o amigos encargados de su atención. Su solicitud debe indicar las restricciones específicas solicitadas y a qué persona se aplican las restricciones. Su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse al Supervisor de Gestión de Información de Salud o al Coordinador del Programa de Cumplimiento. **No tenemos la obligación de aceptar una restricción solicitada en todas las circunstancias.** Si aceptamos su solicitud, cumpliremos con nuestro acuerdo (salvo en una emergencia o cuando la información sea necesaria para brindarle tratamiento). Puede cancelar las restricciones en cualquier momento. Además, podemos cancelar una restricción en cualquier momento si le notificamos la cancelación y continuamos aplicando la restricción a la información recopilada antes de la cancelación. Si paga por artículos o servicios de atención médica de su bolsillo y en su totalidad, debemos aceptar las solicitudes para evitar la divulgación de esos artículos o servicios a un plan de salud con el fin de realizar pagos u operaciones de atención médica. Todavía podemos divulgar su información de salud si se requiere para fines de tratamiento.

4. **Derecho a recibir avisos confidenciales sobre su información de salud protegida**

Tiene derecho a solicitar que le comuniquemos su información de salud de diferentes maneras o a distintos lugares. Por ejemplo, puede solicitar que la información sobre su estado de salud se envíe a una dirección alternativa o se informe en un lugar solicitado. Modificaremos todas las solicitudes fundadas. Si corresponde, le solicitaremos que proporcione una dirección alternativa u otro método de contacto e información sobre cómo se gestionará el pago. Si solicita adaptaciones de avisos confidenciales, debe realizar la solicitud por escrito. Puede realizar una solicitud por escrito en cualquier momento al Supervisor de Gestión de Información de Salud o al Coordinador del Programa de Cumplimiento, quienes le pedirán que complete un formulario de "Solicitud de Comunicación Alternativa acerca de la Información de Salud Protegida".

5. **Derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información de salud protegida**

Tiene derecho a solicitar una lista de las divulgaciones de su PHI que realizamos de conformidad con las leyes federales y estatales. Esta lista contendrá la fecha de cada divulgación, quién recibió la información divulgada, una breve descripción de la información divulgada y por qué se realizó la divulgación. Para algunos tipos de divulgaciones, la lista también puede incluir las fechas y hora en que se recibieron y completaron las solicitudes de divulgación. No se pueden contabilizar todas las divulgaciones, incluidas las realizadas para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE WAUKESHA
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD**

Por ejemplo, puede solicitar una lista que indique todas las divulgaciones que su proveedor de atención médica ha hecho de su registro en los últimos seis meses. Para solicitar este recuento de divulgaciones, debe presentar su solicitud por escrito al Supervisor de Gestión de Información de Salud o al Coordinador del Programa de Cumplimiento. Debemos proporcionarle la lista solicitada de divulgaciones dentro del periodo de los 60 días, salvo que acepte una extensión de 30 días. Es posible que no le cobremos por la lista, salvo que solicite una lista de divulgaciones más de una vez al año.

6. **Derecho a obtener una copia impresa de este aviso**

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibirlo de forma electrónica. Se le proporcionará una copia impresa de este aviso cuando comience a recibir servicios con nosotros o tan pronto como sea posible después de cualquier tratamiento de emergencia, y si lo solicita. Puede solicitar una copia de este aviso si se comunica con el Supervisor de Gestión de Información de Salud al 262-548-7679 o con el Coordinador del Programa de Cumplimiento al 262-548-7662. También puede obtener una copia de la versión actual de nuestro aviso de prácticas de privacidad en nuestro sitio web, www.waukeshacounty.gov. Cualquier cambio a este aviso se publicará en nuestras instalaciones y estará disponible en nuestro sitio web. También se puede solicitar una copia física en cualquier momento.

7. **Derecho a recibir notificación de incumplimiento**

La ley nos exige mantener la privacidad de la información de salud protegida e informarle por correo de primera clase cualquier incumplimiento acerca de su información de salud protegida.

8. **Reclamaciones**

Si cree que se han infringido sus derechos de privacidad, puede presentarnos una reclamación comunicándose directamente con el Coordinador del Programa de Cumplimiento al 262-548-7662 o con el Supervisor de Administración de Información de Salud al 262-548-7679. Ellos le brindarán toda la asistencia necesaria para presentar su reclamación. También puede presentar una reclamación ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles. Si su reclamación se relaciona con sus derechos de privacidad mientras estaba recibiendo tratamiento por enfermedad mental, trastorno por uso de sustancias o una discapacidad del desarrollo, también puede presentar una reclamación ante un miembro de la fuerza laboral o administrador del centro de tratamiento o programa comunitario de salud mental. No tomaremos represalias contra usted de ninguna manera por presentar una reclamación.

Si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a sus derechos de privacidad o la información en este Aviso, comuníquese directamente con el Coordinador del Programa de Cumplimiento al 262-548-7662 o con el Supervisor de Administración de Información de Salud al 262-548-7679. También puede enviar preguntas, inquietudes o reclamaciones mediante la siguiente dirección de correo electrónico: hhsprivacy@waukeshacounty.gov, o puede enviarlos por correo tradicional a:

Waukesha County Department of Health and Human Services
Attn: Compliance Program Coordinator
514 Riverview Avenue
Waukesha, WI 53188.

La fecha vigente de este aviso de prácticas de privacidad es el 1 de mayo de 2023.