AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.

El condado de St. Croix (SCC) debe mantener la privacidad de la información personal de su salud y darle este aviso que describe nuestros deberes legales y prácticas de la privacidad referentes a su información personal de salud. Generalmente cuando damos información de su salud, debemos dar solamente la información que necesitamos para logra el propósito de su uso o acceso. Sin embargo, toda la información personal de su salud que usted indique estará disponible para dar a conocer si usted firma una formulario con su autorización, si usted solicita la información para usted mismo(a), para un proveedor con respecto a su tratamiento, o debido a un requisito legal. Tenemos que seguir las prácticas de la privacidad descritas en este aviso.

El SCC reserva el derecho de cambiar las prácticas de la privacidad descritas en este aviso, en acuerdo con la ley. Cambios a las prácticas de la privacidad del SCC se aplicarán a toda la información de la salud que el condado mantiene. En caso de un cambio, el SCC le proporcionará una copia del aviso modificado si la solicita.

Sin su autorización escrita, el SCC puede utilizar información de su salud para los propósitos siguientes:

1. **Tratamiento.** El SCC puede compartir información de su salud con otros proveedores internos o externos que estén proporcionándole servicios a usted y a miembros de su familia. Por ejemplo, un doctor puede utilizar la información en su expediente para determinar cuál opción de tratamiento como una droga o terapia trate mejor sus necesidades de salud, o con una agencia contratada del SCC. El tratamiento seleccionado será documentado en su expediente, para que otros profesionales puedan tomar decisiones informadas sobre su cuidado.

2. **Pago.** Para que el SCC reciba pago por los servicios proporcionados, información personal de su salud será proveída a terceras personas como portadores privados de seguro o de programas gubernamentales como Medicaid o Medicare. Esto incluirá típicamente información que le identifica a usted, su diagnóstico y el tratamiento que se le ha proporcionado.

3. **Operaciones del Cuidado Médico.** El SCC puede revisar su diagnóstico, tratamiento e información de resultados para mejorar la calidad o el costo del cuidado que le proporcionamos. Estas actividades para mejorar la calidad y el costo pueden incluir evaluar el rendimiento de sus doctores, enfermeras y de otros profesionales o examinar la eficacia del tratamiento que le ha sido proporcionado a usted.

Además, el SCC puede desear utilizar la información de su salud para recordatorios de citas. Por ejemplo, podemos mirar su expediente para determinar la fecha y la hora de su siguiente cita con el SCC y contactarle con un recordatorio. El SCC también puede revisar la información de su salud para determinar si otro tratamiento o nuevos servicios ofrecidos por SCC puedan ser de beneficio para usted.

4. **Según lo requerido o permitido por la ley**. Algunas veces debemos reportar cierta información de su salud a las autoridades legales, funcionarios responsables de hacer cumplir o respetar la ley, funcionarios

En efecto abril de 2003
Actualizado abril de 2011

judiciales o agencias estatales. Por ejemplo, puede que tengamos que reportar abuso, negligencia, violencia doméstica o ciertas lesiones físicas, o responder a una orden judicial.

5. **Para actividades de salud pública**. Podemos ser requeridos a divulgar información de su salud a autoridades que ayudan a prevenir o controlar una enfermedad, lesión o inhabilidad. Esto puede incluir utilizar su expediente para divulgar ciertas enfermedades, lesiones, información de nacimiento o muerte, información de importancia para La Administración de Alimento y Droga, o información relacionada al abuso o negligencia de un niño. Pudiera ser que también tengamos que divulgar a su empleador ciertas enfermedades y lesiones con relación a su trabajo para poder monitorear el lugar de su trabajo para seguridad.

6. **Para actividades de supervisión de la salud**. Podemos divulgar información de su salud a autoridades para que puedan supervisar, investigar, inspeccionar, disciplinar o autorizar a los que trabajan en el sistema de asistencia médica o para programas de beneficio gubernamental.

7. **Para actividades relacionadas a muerte**. Podemos divulgar información de su salud a funcionarios encargados de investigar las causas de muertes repentinas, a los examinadores médicos y a los directores fúnebres para que puedan realizar sus deberes relacionados con su muerte, como identificar el cuerpo, determinar la causa de la muerte, o en el caso de directores fúnebres, para llevar a cabo las actividades de la preparación del funeral.

8. **Para la donación de un órgano, ojo o tejido**. Podemos divulgar información de su salud a las personas involucradas con la obtención, almacenamiento o en el trasplante de órganos, ojos o tejidos de cadáveres con los propósitos de donación.

9. **Para investigación**. Bajo ciertas circunstancias, y únicamente después de un proceso especial de aprobación, podremos utilizar y divulgar información de su salud para ayudar a conducir la investigación.

10. **Para evitar una amenaza seria a la salud o a la seguridad**. Según los requisitos de la ley y los estándares de la conducta ética, podremos dar información de su salud a las autoridades adecuadas si creemos, en buena fe, que la información compartida es necesaria para prevenir o reducir una amenaza seria y próxima a su salud o a la salud pública o a la seguridad.

11. **Para seguridad militar, nacional o encarcelamiento/custodia para la aplicación de la ley**. Si usted está involucrado con el servicio militar, la seguridad nacional o actividades de inteligencia, o está en el cuidado de funcionarios responsables de hacer cumplir o respetar la ley o está preso en una institución correccional, podemos compartir información de su salud a las autoridades adecuadas para que puedan realizar sus deberes bajo ley.

12. **Para compensación de trabajadores**. Podemos dar información de su salud a las personas adecuadas para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de trabajadores u otros programas similares.

13. **A ésos involucrados con su cuidado o pago de su cuidado**. Si personas como miembros de la familia, parientes, personal de ayuda durante un desastre o amigos cercanos personales que están ayudando a cuidar de usted o le están ayudando a para pagar los servicios que usted está recibiendo, podemos dar a conocer información limitada sobre su salud a esas personas. Usted tiene el derecho de oponerse a tal revelación, a menos que usted no tenga la capacidad de funcionar o hay una emergencia. Es nuestro deber darle suficiente información a usted para que puede decidir si se opondrá o no a la revelación de información de su salud a otros involucrados en su cuidado.

NOTA: A excepción de las situaciones enumeradas arriba, SCC debe obtener su autorización escrita específica en el formulario de AUTORIZACIÓN PARA ACCESO A INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL CONDADO DE ST. CROIX' para cualquier otro acceso a información de su salud.

Si usted firma un formulario de autorización, usted puede retirar su autorización en cualquier momento, mientras tanto su retiro sea hecho por escrito. Si usted desea retirar su autorización, por favor presente su retiro escrito al Oficial de Privacidad.

Derechos a Información de su Salud

Usted tiene varios derechos con respecto a la información de su salud. Si usted desea ejercitar alguno de los siguientes derechos, por favor póngase en contacto con el Oficial de Privacidad. Específicamente usted tiene el derecho de:

1. **Examinar y copiar información de su salud**. Con pocas excepciones, usted tiene el derecho de examinar y obtener una copia de la información de su salud. Sin embargo, este derecho no está aplicado a las notas de sicoterapia o a la información recopilada para procedimientos judiciales. Además, podemos cobrarle un honorario razonable si usted desea una copia de la información de su salud.

2. **Solicitar una corrección en la información de su salud**. Si usted cree que la información de su salud está incorrecta, usted debe hacer una solicitud escrita para corregir la información, y dar una razón por la cual la información de su salud debe ser cambiada. Sin embargo, si nosotros no creamos la información de salud que usted cree está incorrecta o si no estamos de acuerdo con usted y creemos la información de su salud está correcta, podemos negar su solicitud.

3. **Solicitar restricciones en ciertas aplicaciones y accesos**. Usted tiene el derecho de pedir restricciones en cómo se utilice su información de salud o a quién se divulgue su información, aunque la restricción afecte su tratamiento o nuestro pago o actividades de operación del cuidado médico. Usted puede desear limitar la información de salud proporcionada a la familia, al personal de la ayuda durante un desastre o a amigos involucrados en su cuidado o en el pago de cuentas médicas. Sin embargo, no estamos requeridos a acceder en todas las circunstancias a su solicitud de restricción.

4. **Como sea aplicable, usted puede recibir comunicación confidencial de la información de su salud. Usted tiene el derecho de solicitar que el SCC le comunique información de su salud de diversas formas. Por ejemplo, usted puede desear que la información del estado de su salud sea enviada a una dirección privada. Usted puede hacer una solicitud en cualquier momento a su proveedor actual de servicio que le hará completar un formulario para la SOLUCITUD DE COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL DE INFORMACIÓN DE LA SALUD. El SCC acomodará las solicitudes razonables que especifiquen una dirección alternativa u otro método de contacto y que provean la información de cómo el pago será manejado, si es aplicable.**

5. **Recibir un expediente de accesos a su información de la salud**. En algunos casos limitados, usted tiene el derecho de pedir una lista de las revelaciones de información de su salud que hemos hecho durante los previos seis años, pero la petición no puede incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. Esta lista debe incluir la fecha de cada revelación, quién recibió la información de salud revelada, una descripción breve de la información de salud revelada y por qué fue revelada. Debemos cumplir con su solicitud de la lista en un plazo de 60 días, a menos que usted esté de acuerdo en una extensión de 30 días y puede o no que le

cobremos por la lista, a menos que usted solicite dicha lista más de una vez al año. Además, no incluiremos en esa lista revelaciones hechas a usted o con los propósitos de tratamiento, el pago, operaciones de cuidado médico, seguridad nacional, la aplicación de ley/correcciones y ciertas actividades de supervisón de la salud.

6. **Obtener una copia de papel de este aviso**. Si usted lo solicita puede recibir en cualquier momento una copia de papel de este aviso.

7. **Queja**. Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja con el SCC y con el Departamento federal de salud y servicios humanos. No tomaremos represalias contra usted por presentar la queja. Para presentar una queja con cualquier entidad, por favor póngase en contacto con el Oficial de Privacidad.

PARA MÁS INFORMACIÓN O PARA REPORTAR UN PROBLEMA

Usted no perderá beneficios, elegibilidad, ni se tomarán represalias en su contra por haber presentado una queja. Por favor envíe sus quejas escritas sobre este Aviso, de cómo el SCC maneja su información de la salud o si usted cree las sus derechos de privacidad se ha violados al Oficial de Privacidad. Si usted tiene cualquier otra pregunta o preguntas, o preocupaciones con respecto a sus derechos de privacidad o con la información en este Aviso, también puede ponerse en contacto con el Oficial de Privacidad. La información para contactar al Oficial de Privacidad es la siguiente:

(En inglés)
Tammy Funk, Privacy Officer
Human Resources Director
St. Croix County Government Center
1101 Carmichael Road
Hudson, WI 54016
Phone: (715) 377-5816

(Traducción)
Tammy Funk, Oficial de Privacidad
Director de los Recursos Humanos
Centro del Gobierno del Condado de St. Croix
1101 Carmichael Road
Hudson, WI 54016
Teléfono: (715) 377-5816

Tammy Wilson, Deputy Privacy Officer
Health Information Management Supervisor
St. Croix County Department of Health and Human Services
1445 N. 4th Street
New Richmond, WI 54017
Phone: (715) 246-8228

Tammy Wilson, Segundo Oficial de Privacidad
Supervisor del Manejo de Información de la Salud
Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de St. Croix
1445 N. 4th Street
New Richmond, WI 54017
Teléfono: (715) 246-8228

También puede presentar una queja al Ministro del Departamento de Salud y Servicios de Humanos de los E.E.U.U. enviando su queja a:

Privacy Officer
Department of Health and Human Services
Region V
Office of Civil Rights
233 North Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, Illinois 60611

Oficial de Privacidad
Departamento de Salud y Servicios Humanos
Región V
Oficina de Derechos Civiles
233 North Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, Illinois 60611

Para información adicional, por favor llame al (312) 886-2359.

En efecto abril de 2003
Actualizado abril de 2011

Reconocimiento de Recibo

Firmando este formulario, usted reconoce haber recibido el Aviso de las Prácticas de la Privacidad del Condado de St. Croix. El Aviso de las Prácticas de la Privacidad del Condado de St. Croix provee información sobre cómo el condado puede utilizar y revelar información protegida de su salud. Le recomendamos que lo lea cuidadosamente. El Aviso de las Prácticas de la Privacidad del Condado de St. Croix está sujeto a cambio. Si cambiamos nuestro Aviso, usted puede obtener una copia del Aviso revisado contactando al Segundo Oficial de Privacidad.

Reconozco haber recibido el Aviso de las Prácticas de la Privacidad del Condado de St. Croix.

Firma: _____ Fecha: _____
(paciente/padre/conservador/guardián)

INHABILIDAD DE OBTENER EL RECONOCIMIENTO
Las comunicaciones confidenciales deben ser enviadas a la dirección siguiente y/o a la dirección de E-mail:
_____
_____
_____

INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGEMENT
(To be completed only if no signature is obtained)

If it is not possible to obtain the patient's acknowledgement, describe the good faith efforts made to obtain the patient's acknowledgement, and the reasons why the acknowledgement was not obtained.

Reasons why the acknowledgement was not obtained:

- ☐ Patient refused to sign.
- ☐ Communication barriers prohibited obtaining acknowledgment.
- ☐ Other: _____
- ☐ Comments:

_____
_____
_____
_____
_____

Signature of provider representative:_____ Date:_____

En efecto abril de 2003
Actualizado abril de 2011