

# Aviso de Prácticas de Privacidad

---



## Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y compartir su información de salud y cómo puede obtener acceso a esta información.

**Por favor, revíselo cuidadosamente.**

### Sus derechos

**Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.**

Esta sección se explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

#### **Obtenga una copia electrónica o impresa de su expediente médico:**

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente en un plazo de 30 días posteriores a su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable basada en el costo.

#### **Pedirnos que corrijamos su expediente médico:**

- Puede pedirnos que corrijamos la información médica sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Es posible que le digamos "no" a su solicitud, pero le diremos por escrito el motivo en un plazo de 60 días.

#### **Solicitar cómo le comunicamos su información de salud:**

- Nuestra política es comunicarnos a través de canales seguros para proteger su información de salud.
- Recopilamos su información de contacto, como su dirección, número de teléfono, correo electrónico, etc. Su información de contacto no se compartirá con terceros/afiliados con fines de mercadotecnia/promocionales. Los datos de suscripción y el consentimiento de los mensajes de texto no se compartirán con terceros.
- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica, por ejemplo, por teléfono, mensaje de texto, correo postal o correo electrónico.

- Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.
- Si desea que se le elimine de recibir comunicaciones en el futuro, puede ponerse en contacto con nosotros o responder STOP a cualquier comunicación de texto.

**Pídenos que limitemos lo que usamos o compartimos:**

- Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras funciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si ello llegara a afectar su atención.
- Si paga la totalidad de un servicio o artículo médico de su bolsillo, puede pedirnos que no compartamos esta información con su compañía de seguros médicos a efectos de pago o de nuestras funciones.
- Diremos "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información.

**Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información:**

- Puede solicitar una lista (reporte) de las veces que hemos compartido su información de salud durante seis años antes de la fecha en que la solicitó, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las ocasiones en que hayamos compartido información, excepto aquellas sobre el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras comunicaciones (como las que usted nos haya pedido que hagamos). Le proporcionaremos un reporte al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro antes de los 12 meses.

**Obtenga una copia de este aviso de privacidad:**

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad.

**Elegir a alguien para que actúe en su nombre:**

- Si le ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

**Presente una queja si cree que se han vulnerado sus derechos:**

- Puede presentar una queja si cree que hemos vulnerado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros utilizando la información de la última página.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints)
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

## **Sus Preferencias**

**En el caso de cierta información de salud, puede decirnos sus preferencias sobre lo que compartimos.**

Si tiene una preferencia concreta sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

**En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos:**

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado,
- Compartir información en una situación de ayuda en caso de un desastre,
- Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, es posible que continuemos y compartamos su información si creemos que es lo mejor para usted.
- También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

**En estos casos, *nunca* compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:**

- Fines de mercadotecnia.
- Venta de su información.
- Compartir la mayor parte de las notas de psicoterapia.

## **Nuestros Usos y Comunicaciones**

**¿Cómo solemos usar o compartir su información de salud?**

Por lo general, usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

**Tratarle:**

- Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.
  - **Ejemplo:** *Un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.*

**Comunicarnos con usted:**

- Podemos utilizar la información que recopilamos de usted para enviarle mensajes relacionados con nuestros servicios. Puede decirnos cómo prefiere que nos comuniquemos con usted.
  - **Ejemplo:** *Podemos enviarle recordatorios de citas a través de mensajes de texto o de voz.*
- Puede optar por recibir mensajes informativos (recordatorios de citas, encuestas, conversaciones bidireccionales, etc.) de Salud Pública del Condado de Sauk. La frecuencia de los mensajes varía. Si elige optar por mensajes, es posible que se apliquen tarifas de mensajes y datos. Para obtener ayuda, llámenos al 1-608-355-

3290. Puede optar por no recibir nuestros mensajes en cualquier momento respondiendo STOP.

#### **Manejar nuestra organización:**

- Podemos usar y compartir su información de salud para administrar nuestro consultorio, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
  - **Ejemplo:** Usamos su información de salud para gestionar su tratamiento y servicios.

#### **Factura por sus servicios:**

- Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de seguros de salud u otras entidades.
  - **Ejemplo:** Le damos información sobre usted a su plan de seguro de salud (médico) para que pague por sus servicios.

#### **¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?**

Se nos permite o exige compartir que compartamos su información de otras formas, normalmente de forma que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con estos fines. Para más información:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

#### **Ayuda con temas de salud pública y seguridad:**

- Podemos compartir su información de salud para ciertas situaciones, tales como:
  - Prevención de enfermedades
  - Ayudar a retirar productos del mercado
  - Notificación de reacciones adversas a medicamentos
  - Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
  - Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

#### **Investigar:**

- Podemos usar o compartir su información para investigaciones sobre salud

#### **Cumplir con la ley:**

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quieren verificar que cumplimos la federal de privacidad.

#### **Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos:**

- Podemos compartir su información de salud con organizaciones de obtención de órganos.

#### **Trabajar con un médico forense o director de funeraria:**

- Podemos compartir información de salud con un forense, médico forense o director de funeraria cuando fallece una persona

**Aborde las solicitudes de indemnización por accidentes laborales, de las fuerzas de seguridad y otras peticiones gubernamentales:**

- Podemos utilizar o compartir información de salud sobre usted:
  - Para reclamaciones de indemnización laboral (compensación de trabajo)
  - Con fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
  - Con organismos de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
  - Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

**Responder a demandas y acciones legales:**

- Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

**Nuestras Responsabilidades**

- La ley nos obliga a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una alteración que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la aquí descrita a menos que usted nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Si cambia de opinión, comuníquenoslo por escrito.

Para más información, consulte:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible cuando lo solicite, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

**Cambios a los Términos de este Aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible si lo solicite, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

**Este Aviso de Prácticas de Privacidad se aplica a la siguiente organización:**



**PUBLIC HEALTH  
SAUK COUNTY**  
WISCONSIN

Together we thrive

**Salud Pública del Condado de Sauk**

505 Broadway, Suite 372

Baraboo, WI 53913

(608) 355-3290

Fax: (608) 355-4329

<https://co.sauk.wi.us/publichealth>

Oficial de Privacidad: Jennifer Weitzel, Oficial de Salud/Directora