



**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED, Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CON ATENCIÓN. LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.**

---

### **Nuestro deber legal**

---

La ley nos exige: mantener la privacidad de su información médica; darle este aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad; sus derechos sobre su información médica; y que le avisaremos en caso de incumplimiento. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras esté en vigor. Este Aviso de prácticas de privacidad entra en vigor el 1 de octubre de 2023 y permanecerá vigente a menos que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre que dichos cambios los permita la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer cambios en nuestras prácticas de

privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso efectivo para toda la información médica que mantenemos. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso, publicaremos el aviso revisado en cada uno de nuestros sitios de prestación de servicios y pondremos el nuevo aviso a disposición de nuestros pacientes y otras personas que lo soliciten.

Puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o para obtener copias adicionales de este aviso, comuníquese con nosotros usando la información al final de este aviso.

---

### **Usos y revelaciones de información médica**

---

**Tratamiento:** podemos usar su información médica, sin su permiso, para darle tratamiento. Podemos revelar su información médica, sin su permiso, a un médico u otro proveedor de atención médica para su tratamiento.

**Pago:** podemos usar y revelar su información médica, sin su permiso, para obtener o dar reembolso por la atención médica que le demos, a menos que usted pague por sus servicios de atención médica directamente. Si facturamos el reembolso a Medicaid, presentaremos un reclamo sin su permiso.

**Operaciones de atención médica:** podemos usar y revelar su información médica, sin su permiso, para ciertas operaciones de atención médica, incluyendo actividades de calidad, evaluación y mejora de la atención médica.

**Otros usos y revelaciones de información médica:** podemos usar y revelar su información médica, sin su permiso, en las siguientes situaciones y cuando la ley lo exija:

- para actividades de salud pública y seguridad, como prevenir enfermedades, ayudar en el retiro de productos del mercado, informar sobre reacciones adversas a medicamentos, ayudar en actividades de socorro en caso de desastres, informar sobre sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica;
- para evitar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de alguna persona;
- para la supervisión de la atención médica, como auditorías e investigaciones;
- a jueces de instrucción, médicos forenses y directores de funerarias para identificar a una persona fallecida, determinar la causa de la muerte o según sea necesario para otras funciones legalmente autorizadas;
- si usted es donante de órganos, a una organización que se ocupe de la obtención de órganos;
- según lo autoricen las leyes estatales del seguro de accidentes y enfermedades del trabajo;
- para procedimientos judiciales y administrativos, según lo exija una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación u otro proceso legal;
- para fines de investigación, siempre que se sigan los procedimientos adecuados;
- a las autoridades del orden público en relación con víctimas o sospechosos, delitos en nuestras instalaciones, denuncia de delitos en casos de emergencia e identificación o ubicación de sospechosos u otras personas; y
- para funciones gubernamentales esenciales como operaciones militares, seguridad nacional, determinación de la elegibilidad para ciertos beneficios gubernamentales y para proteger la salud y la seguridad de las personas en instituciones correccionales.

**Su autorización:** puede autorizarnos por escrito a que usemos su información médica o la revelemos a cualquier persona para cualquier fin. Si nos da su autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Una vez que recibamos su revocación por escrito, solo será efectiva para futuros usos y revelaciones. A menos que nos dé una autorización por escrito, no usaremos ni revelaremos su información médica para ningún fin distinto de los descritos en este aviso. No venderemos ni comercializaremos la información que tenemos sobre usted. No revelaremos los resultados de la prueba del VIH, cierta información médica confidencial ni registros de tratamientos de salud mental para determinados fines sin su autorización por escrito, a menos que la ley lo exija. Los resultados de su prueba del VIH, si la hubiera, podrán revelarse según lo establecido en los Estatutos de Wisconsin §252.15(5)(a). No usaremos ni revelaremos las notas de su expediente psiquiátrico.

---

## Derechos de la persona

---

**Acceso:** tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia de su información médica, con excepciones limitadas según la HIPAA y el Estatuto de Wisconsin §146.83. Por lo general, le responderemos en un plazo de 30 días. Tiene derecho a solicitar que la copia se le entregue en formato electrónico o en otro formato acordado mutuamente. Para solicitar el acceso, puede comunicarse con el encargado de privacidad usando la información que aparece más abajo. Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en los costos para cubrir nuestros gastos de copiar, enviar por correo y resumir su información.

**Informe de revelaciones:** puede solicitarnos un informe de ciertas revelaciones de su información médica. El informe describirá quién recibió la información médica, el motivo por el que se reveló y las fechas en que se hizo. No estamos obligados a darle información sobre los usos o revelaciones con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica o si nos ha dado autorización por escrito. Para solicitar un informe, puede comunicarse con el encargado de privacidad usando la información que aparece más abajo.

**Modificaciones:** tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información médica. La solicitud debe explicar el motivo por el que debe modificarse la información. Podemos rechazar su solicitud por motivos específicos. Si rechazamos su solicitud, le enviaremos una explicación por escrito. Para solicitar una modificación, puede comunicarse con el encargado de privacidad usando la información que aparece más abajo.

**Restricciones:** tiene derecho a solicitar restricciones sobre cómo se usa y a quién se revela su información médica. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si la aceptamos, cumpliremos lo acordado, salvo en caso de urgencia médica o si así lo exige o autoriza la ley. El Departamento no está obligado a aceptar la restricción a menos que la revelación sea a un plan médico y; 1) la revelación se haga con fines de pago u operaciones de atención médica y no sea exigida por la ley; y 2) la información médica se refiera exclusivamente a un artículo o servicio de atención médica que usted o una persona distinta del plan médico en su nombre, haya pagado en su totalidad.

Para solicitar una restricción, puede comunicarse con el encargado de privacidad usando la información que aparece más abajo.

**Comunicación confidencial:** tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información médica por medios alternativos o a lugares alternativos que usted especifique. Para solicitar comunicaciones confidenciales, puede comunicarse con el encargado de privacidad usando la información que aparece más abajo.

Atenderemos todas las solicitudes razonables y no le pediremos que explique el motivo de su solicitud.

**Aviso electrónico:** puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Para recibir una copia impresa, puede comunicarse con el encargado de privacidad usando la información que aparece más abajo.

---

## Preguntas y quejas

---

Si quiere más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o preocupaciones, comuníquese con el encargado de privacidad y seguridad de HIPAA del condado de Dane usando la información de abajo.

Si cree que se han vulnerado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja al encargado de privacidad usando la información que aparece más abajo. También puede presentar una queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services). Puede comunicarse con ellos enviando un correo electrónico a [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov), visitando <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-acomplaint/index.html>, o enviando su queja por fax al (202) 619-3818.

No tomaremos represalias contra usted si decide presentar una queja ante nosotros o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

---

## Información de contacto

---

Para obtener más información, comuníquese con:

Dane County HIPAA Privacy & Security Officer  
215 Martin Luther King, Jr. Blvd., Room 425  
Madison, WI 53703  
(608) 445-3056

---

## Acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad

---

Estamos obligados a hacer un esfuerzo para obtener su acuse de recibo por escrito de este aviso. No es necesario que firme el acuse de recibo.

Si quiere acusar recibo de este Aviso de prácticas de privacidad, firme el formulario de acuse de recibo. Si tiene alguna pregunta sobre este acuse de recibo, comuníquese con el encargado de privacidad usando la información de arriba.