

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE WAUKESHA
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ACERCA DE LA INFORMACIÓN DE SALUD**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CON CUIDADO.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Waukesha (WCDHHS) está obligado por ley a mantener la privacidad de su información médica. Llamamos a esta información "información de salud protegida" o "PHI". Su PHI es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con sus condiciones de salud física o mental pasadas, presentes o futuras y los servicios de atención médica relacionados.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica y para otros fines permitidos o exigidos por la ley. Este aviso le proporciona información sobre nuestras obligaciones legales y nuestras prácticas de privacidad con respecto a su PHI, y describe sus derechos de acceso y control de su PHI tanto en formato físico (papel) como electrónico. Este aviso también describe nuestra obligación hacia usted con respecto al uso y divulgación de su PHI.

Estamos obligados a cumplir con los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad. En cualquier momento podemos cambiar los términos de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. El nuevo Aviso de Prácticas de Privacidad entrará en vigencia para toda la información de salud protegida que mantenemos en ese momento, incluida la información de salud que creamos o recibimos antes de realizar los cambios, así como cualquier registro que creamos o recibamos en el futuro. Si lo solicita, le proporcionaremos una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad más reciente.

También puede obtener la versión más actualizada del Aviso accediendo a nuestro sitio web en la siguiente dirección: (www.waukeshacounty.gov/HealthAndHumanServices/general-information/eop-and-hipaa/), llamándonos y solicitando que se le envíe una copia revisada por correo, o solicitando una copia en el momento de su próxima cita. Si tiene alguna pregunta sobre cualquier parte de este Aviso, o si desea obtener más información sobre las prácticas de privacidad de WCDHHS, por favor comuníquese con el Coordinador del Programa de Cumplimiento de 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 el mismo registro médico electrónico para documentar y revisar los servicios de atención médica que le brindan. El uso de la historia clínica electrónica permite a sus proveedores coordinar su atención, mejorar el intercambio de información importante sobre su tratamiento y obtener información completa y actualizada para cualquier proveedor que utilice la historia clínica electrónica compartida. Sus proveedores de atención médica almacenarán, verán y compartirán su información de salud en un sistema de registro médico electrónico. Cuando sea tratado por cualquiera de estos proveedores de atención médica, cada proveedor utilizará el mismo registro médico electrónico para documentar la información sobre su tratamiento. Por favor, tenga en cuenta que una vez que su información se combina en el sistema de registro médico electrónico, no se puede separar. Brindamos atención a nuestros pacientes en asociación con médicos y otros profesionales y organizaciones. Nuestras prácticas de privacidad serán seguidas por:

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

WCDHHS se dedica a mantener su PHI privada. Cuando divulgamos su PHI, haremos los esfuerzos razonables para limitar el uso y divulgación de su información al mínimo necesario para el propósito específico.

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE WAUKESHA
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ACERCA DE LA INFORMACIÓN DE SALUD**

A. USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Su PHI puede ser utilizada y divulgada por nosotros con el propósito 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 hacer sin su autorización por escrito. Estos ejemplos no pretenden ser exhaustivos.

1. **Tratamiento:** WCDHHS puede usar o divulgar su PHI para brindar, coordinar o administrar su atención. Nuestras comunicaciones con usted pueden ser por teléfono, correo electrónico, portal del paciente o por correo. Esto incluye la comunicación y consulta con otros proveedores internos o externos que le brindan 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 de salud. El tratamiento seleccionado se documentará en su registro para que otros profesionales de la salud puedan tomar decisiones informadas sobre su atención.
 - b. También podemos usar o divulgar su información de salud para:
 - i. Programar una prueba, como un análisis de sangre o una radiografía
 - ii. Enviar una receta a su farmacia
 - iii. Continuar con su atención luego de su estadía en el hospital o los servicios de la clínica
2. **Pago:** Podemos usar y divulgar su información de salud para enviar facturas y cobrar pagos de usted, su plan de salud u otros terceros pagadores, como programas gubernamentales de seguros como Medicaid o Medicare, por los servicios que le brindamos. Por lo general, esto incluirá información que lo identifique, su diagnóstico y el tratamiento que se le brindó. Si recibió servicios de tratamiento de salud mental o abuso de drogas, se requiere su consentimiento antes de que podamos facturar el pago a un tercero. Por ejemplo, podemos:
 - a. Enviar una factura y/o documentación médica que incluya 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 médica protegida que su plan de salud pueda requerir antes de aprobar y/o pagar los servicios de atención médica. Su plan de salud puede requerir esta información para:
 - i. Decidir la elegibilidad o la cobertura para los beneficios del seguro
 - ii. Tomar una decisión de necesidad médica sobre los servicios que recibió
 - iii. Propósitos 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 sea responsable del pago de sus facturas médicas.
3. **Operaciones de Atención Médica:** Podemos usar o divulgar su PHI para actividades relacionadas con la evaluación de la atención al cliente, la evaluación del desempeño de nuestros proveedores, para la planificación comercial y para garantizar el cumplimiento de la ley. Si las actividades requieren la divulgación de su información fuera de nuestra organización, solicitaremos su autorización por escrito antes de realizar la divulgación, a menos que la ley lo permita. Por ejemplo, podemos:
 - 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:
 - i. Evaluar el desempeño de sus médicos, enfermeras y otros profesionales, o examinar la efectividad del tratamiento que se le brindó
 - ii. Comparación del éxito de su tratamiento con el tratamiento de otros pacientes
 - iii. Llamar y dejarle un mensaje como recordatorio de una cita previamente programada, para programar una cita o para reprogramar una cita
 - iv. Contactarlo para brindarle información sobre alternativas de tratamiento, control de enfermedades o sobre otros productos y servicios relacionados con la salud que ofrecemos.

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE WAUKESHA
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ACERCA DE LA INFORMACIÓN DE SALUD**

- 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 registros centralizados de WCDHHS para solicitar que no se le envíen estos materiales).
 - c. Usar su información cuando realice actividades de capacitación, acreditación, certificación o acreditación.
 - d. Usar su información para Revisión médica, gestión de riesgos, servicios legales y auditorías, para incluir la detección y el cumplimiento de fraudes y abusos.
 - 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 reclamos de los pacientes, y para crear información de salud anonimizada.
 - g. Tener acceso a su información de salud protegida, ya sea en papel o en formato electrónico, mientras realiza negocios de rutina.
 - h. Divulgar su información de salud a 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 de servicio autorizadas que realizan diversas actividades para nosotros, como facturación, cobros, encuestas de satisfacción del paciente y servicios de transcripción. Cada vez que usamos o divulgamos su PHI a un socio comercial u organización de servicio autorizada, tenemos un contrato escrito con ellos que protege la privacidad y confidencialidad de su información de salud protegida.
 - j. Revisar su PHI para determinar si otro tratamiento o un nuevo servicio que ofrecemos puede beneficiarlo.
4. **Según lo exige 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 encargados de hacer cumplir la ley, funcionarios judiciales u otras agencias gubernamentales autorizadas. Por ejemplo:
- a. Estamos obligados a informar abuso, negligencia, violencia doméstica y otras lesiones físicas reales y sospechadas.
 - b. Es posible que se nos solicite divulgar su información médica protegida en respuesta a una orden judicial.
 - c. Estamos obligados a ingresar información relevante en el Sistema de información de bienestar infantil automatizado en todo el estado (eWISACWIS), relacionada con las evaluaciones de abuso/negligencia infantil y/o el cuidado y la custodia.
5. **Para Actividades de Salud Pública:** Cuando lo requiera la ley, podemos divulgar su PHI a las autoridades de salud pública en ciertas circunstancias para:
- a. Controlar o prevenir lesiones, discapacidades o la propagación de una enfermedad contagiosa
 - b. Reportar nacimientos o defunciones
 - c. Reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos a la Administración de Alimentos y Medicamentos
 - d. Control de Intoxicación
 - e. Registro de Vacunación de Wisconsin
 - f. Reportar a su empleador sobre ciertas enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo para que su lugar de trabajo pueda ser monitoreado por seguridad.
6. **Para Instituciones Correccionales y de Aplicación de la Ley:** Podemos divulgar su PHI cuando lo solicite un oficial de la ley en respuesta a una orden judicial, orden de cateo o citación. Podemos usar o divulgar su PHI si es necesario para que las fuerzas del orden 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 una emergencia. También podemos divulgar su PHI a instituciones correccionales o personal encargado de hacer cumplir la ley para ciertos fines si usted es un recluso o está bajo custodia legal.

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE WAUKESHA
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ACERCA DE LA INFORMACIÓN DE SALUD**

Notificación de Órdenes de Arresto Pendientes:

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

7. **Víctimas de Abuso, Negligencia o Violencia:** Podemos divulgar su PHI a una autoridad gubernamental autorizada por la ley para recibir informes de abuso, negligencia o violencia relacionada con niños o personas mayores.
8. **Para Actividades de Vigilancia 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 y/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. En la mayoría de las circunstancias, cuando la solicitud se realiza a través de una citación, una solicitud de descubrimiento u otro tipo de orden administrativa, se obtendrá su autorización antes de que se permita la divulgación.
10. **Para Clientes Fallecidos:** Podemos divulgar la PHI de clientes fallecidos a médicos forenses, examinadores médicos 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 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 o a otras organizaciones de atención médica para el transporte de donaciones de órganos, ojos o tejidos cuando se confirma que un cliente fallecido es 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 qué tan bien está funcionando un medicamento o si ciertos tratamientos funcionan mejor 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 apropiadas para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad de una persona en particular o del público. La divulgación generalmente se limita al personal encargado de hacer cumplir la ley involucrado en la seguridad pública.
14. **Para Funciones Gubernamentales Especializadas:** Es posible que divulguemos su PHI a funcionarios militares o federales según sea necesario para fines legales de seguridad nacional, investigaciones o actividades de inteligencia.
15. **Para Compensación de Trabajadores:** Podemos divulgar PHI que esté razonablemente relacionada con una lesión de compensación laboral a compensación laboral u otros programas similares sin su autorización. Estos programas pueden brindar beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
16. **A las Personas Involucradas en su Atención o en el Pago de su Atención:** Podemos divulgar PHI relevante a un familiar o amigo involucrado en su atención. Muchos clientes quieren que hablemos sobre su atención con miembros de la familia y otras personas para mantenerlos informados para que esas personas puedan ayudarlos a comprender su atención, manejar sus facturas o programar citas. Si miembros de la familia o amigos están presentes mientras se brinda su atención, asumiremos que se les permite escuchar la conversación, a menos que usted indique lo contrario. Si no está presente o está incapacitado, utilizaremos el juicio profesional para determinar si divulgar PHI limitada a esas personas es lo mejor para usted bajo las circunstancias. Si no desea que divulguemos su PHI a los miembros de su familia u otras personas involucradas en su atención o en el manejo de sus facturas, por favor infórmele a su médico o a su asistente social.

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE WAUKESHA
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ACERCA DE LA INFORMACIÓN DE SALUD**

17. **En Situaciones de Desastre o Pandemia:** En respuesta a desastres, incluida una pandemia, podemos divulgar su PHI a trabajadores de socorro autorizados por desastres o pandemias según sea necesario para ayudar en los esfuerzos de manejo de desastres y pandemias.
18. **Directorio de Instalaciones (Centro de Salud Mental):** Los miembros de nuestro personal mantienen el directorio del centro mientras recibe tratamiento en el hospital para pacientes hospitalizados y puede incluir su nombre, su ubicación dentro de nuestro centro, su estado (descrito en términos generales que no comunica información médica específica sobre usted) y su afiliación religiosa. Esta información puede ser divulgada a miembros del clero, familiares y otras personas que pregunten por usted por su nombre mientras esté bajo nuestro cuidado. Estamos obligados a 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 elige que se incluya su información. Incluso si elige que su información se incluya en el directorio y permite que esa información se divulgue inicialmente, puede cambiar esa decisión y restringir que parte o toda su información se divulgue del directorio en cualquier momento. Si no desea ser incluido en el directorio, no desea que divulguemos su información, o si tiene restricciones específicas sobre qué información puede divulgarse a quién, puede informar a su enfermera o a cualquier miembro del personal involucrado en su cuidado, y nos aseguraremos de que se sigan sus instrucciones. En circunstancias de emergencia en las que no pueda objetar la inclusión o divulgación de su información en el directorio, WCDHHS puede incluir su información dentro del directorio y divulgar esa información si la inclusión y divulgación de su información es consistente con sus preferencias expresadas anteriormente y si la divulgación de su información es lo mejor para usted según lo determine su proveedor de WCDHHS mediante el ejercicio del juicio profesional. (NOTA: WCDHHS debe brindarle la oportunidad de objetar 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:** Excepto en el caso de enfermedades mentales, abuso de alcohol y drogas e información sobre discapacidades del desarrollo, podemos divulgar su PHI a otros departamentos y divisiones del condado de Waukesha que brindan servicios de socios comerciales a WCDHHS para la coordinación y/o el pago de tratamientos y servicios.
20. **Información con Protecciones Adicionales:** Por favor, tenga en cuenta que cierta PHI puede tener protección adicional según las leyes estatales y federales. Por ejemplo, la PHI sobre el VIH/SIDA, la salud mental, el abuso de alcohol y drogas y los resultados de las pruebas genéticas pueden tratarse de manera diferente a otra PHI. Si existen requisitos específicos más restrictivos dentro de las leyes, incluso para algunos de los fines enumerados anteriormente, no podemos divulgar esa información sin su permiso por escrito. Por ejemplo, no divulgaremos los resultados de su prueba de VIH sin obtener su permiso por escrito, excepto 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 abuso de alcohol o drogas. Puede haber otras restricciones sobre cómo usamos y divulgamos su información de salud además de las enumeradas anteriormente. Las leyes estatales y federales que rigen tales restricciones se pueden encontrar en los Estatutos de Wisconsin §§ 51.30, 146.82, 252.15, 895.50 y 905.04; Código Administrativo de Wisconsin DHS 92 y 124.14; y Ley Federal 42 CFR Parte 2 y 45 CFR Partes 160 y 164.

Información Adicional Relacionada con la Confidencialidad de los Registros de Pacientes de Drogas y Alcohol:

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

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

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE WAUKESHA AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ACERCA DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

La violación de las leyes y reglamentos federales por parte de un programa AODA es un delito. Las presuntas infracciones pueden informarse al Coordinador del Programa de Cumplimiento de WCDHHS para su investigación y, si se determina que ha ocurrido una infracción, el incidente se informará a las autoridades correspondientes de acuerdo con las leyes federales. También puede dirigir sospechas de violaciones de la confidencialidad de los registros de drogas y alcohol 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 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 regulaciones federales tampoco impiden la divulgación a las autoridades estatales o locales correspondientes de información sobre sospechas de abuso o negligencia infantil.

Es posible que algunas partes de este Aviso general de prácticas de privacidad no se apliquen a ciertos tipos de PHI. Por favor, comuníquese con el Coordinador del Programa de Cumplimiento de WCDHHS si tiene alguna pregunta sobre protecciones especiales.

Cuándo se requiere que WCDHHS obtenga una autorización para usar o divulgar su información médica:

Excepto como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad, no usaremos ni divulgaremos su información de salud sin su autorización por escrito. Por ejemplo, los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia (además de permitir que el autor de las notas de psicoterapia las use para su tratamiento), con fines de mercadeo o la venta de PHI requieren su autorización. Si nos autoriza a usar o divulgar su información de salud para otro propósito, puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento presentando su solicitud por escrito al supervisor de registros centralizados de WCDHHS. Si revoca su autorización, ya no podremos usar ni divulgar su información de salud por los motivos cubiertos por 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 MÉDICA PROTEGIDA

Tiene varios derechos con respecto a su PHI. La siguiente es una declaración de sus derechos y una breve descripción de cómo puede ejercer sus derechos. Si desea ejercer cualquiera de los siguientes derechos, por favor comuníquese con el Supervisor de Registros Centralizados de WCDHHS o con el Coordinador del Programa de Cumplimiento de WCDHHS.

1. Derecho a Inspeccionar y Copiar su Información Médica Protegida

Tiene derecho a inspeccionar y solicitar una copia de la información mantenida en nuestro registro médico designado sobre usted. Esto incluye registros médicos y de facturación que mantenemos y utilizamos para tomar decisiones sobre su atención. Para obtener o inspeccionar una copia de su registro, por favor comuníquese con el departamento de registros en el lugar donde recibió los servicios y complete un formulario de "Autorización para el uso y divulgación de información médica o confidencial de WCDHHS". Podemos cobrar una tarifa razonable por los costos de copiado, envío por correo u otros suministros asociados con su solicitud.

Tiene derecho a obtener una copia electrónica de su registro si lo desea. Puede indicarnos que transmitamos la copia a otra entidad o persona que usted nombre, siempre que la elección sea clara, conspicua y específica. Podemos cobrar una tarifa por los costos de mano de obra necesarios para proporcionar la copia electrónica. Si la forma y el formato no se pueden producir fácilmente, WCDHHS trabajará con usted para proporcionarlo en una forma o formato electrónico razonable.

La mayoría de los clientes tienen acceso completo para inspeccionar y recibir una copia de su registro completo. En raras ocasiones, podemos denegar una solicitud para inspeccionar y recibir una copia de alguna información en el registro. Esto incluye notas de psicoterapia o información recopilada para procedimientos judiciales o si, según el juicio profesional de su médico, es razonablemente probable que la divulgación de la información ponga en peligro la vida o la seguridad física del cliente o de otra persona. Si tiene alguna pregunta sobre el acceso a su registro, por

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE WAUKESHA
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ACERCA DE LA INFORMACIÓN DE SALUD**

favor comuníquese con el Supervisor de Registros Centralizados de WCDHHS o con el Coordinador del Programa de Cumplimiento de WCDHHS.

2. **Derecho a Solicitar la Modificación de su Información Médica Protegida**

Tiene derecho a solicitar enmiendas a la información en su registro si cree que la información está incompleta o incorrecta. Debe presentar su solicitud por escrito al Supervisor de Registros Centralizados de WCDHHS o al Coordinador del Programa de Cumplimiento de WCDHHS. Deberá explicar por qué se debe cambiar su PHI. Si aceptamos su solicitud de modificar la información, haremos todos los esfuerzos razonables para informar a otros, incluidas las personas que usted nombre, sobre el formulario de modificación e incluir las modificaciones en cualquier divulgación futura de esa información. Podemos denegar su solicitud si no creamos la información que solicitó que se modifique, si se verifica que la información es precisa y completa, si el originador ya no está disponible para realizar la modificación pero realizó la entrada con base en el juicio profesional, o por ciertas otras razones. Si denegamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito de la denegación. Puede responder con una declaración de desacuerdo, que se agregará a la información para la cual solicitó la modificación.

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 cualquier parte de su PHI no se divulgue a familiares o amigos involucrados en su atención. Su solicitud debe indicar las restricciones específicas solicitadas y a quién se aplican las restricciones. Su solicitud debe hacerla por escrito al Supervisor de Registros Centralizados de WCDHHS o al Coordinador del Programa de Cumplimiento de WCDHHS. **No estamos obligados a aceptar en todas las circunstancias una restricción solicitada.** Si aceptamos su solicitud, cumpliremos con nuestro acuerdo (excepto en una emergencia o cuando la información sea necesaria para tratarlo). 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. Estamos obligados a aceptar evitar la divulgación de su información de salud a un plan de salud con el fin de realizar pagos u operaciones de atención médica, pero solo si se relaciona únicamente con un artículo o servicio de atención médica que se pagó de su bolsillo y en su totalidad. Esta restricción no se aplica al uso o divulgación de información médica relacionada con su tratamiento médico.

4. **Derecho a Recibir Comunicaciones Confidenciales de Información de Salud Protegida**

Tiene derecho a solicitar que le comuniquemos su información de salud de diferentes maneras o lugares. Por ejemplo, puede desear que la información sobre su estado de salud se envíe a una dirección privada o se discuta en un área privada. Daremos cabida a todas las solicitudes razonables. Le pediremos que proporcione una dirección alternativa u otro método de contacto y cómo se manejará el pago. Si solicita comunicación confidencial, debe realizar la solicitud por escrito. Puede presentar una solicitud por escrito en cualquier momento al Supervisor de Registros Centralizados de WCDHHS o al Coordinador del Programa de Cumplimiento de WCDHHS, quienes le pedirán que complete un formulario de "Solicitud de Comunicación Alternativa de Información de Salud Protegida".

5. **Derecho a Recibir un Informe de las Divulgaciones de Su Información Médica Protegida**

Tiene derecho a solicitar una lista de las divulgaciones de su PHI que hemos realizado de conformidad con las leyes federales y estatales. Esta lista incluirá 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 incluirá la fecha y hora en que se recibió la solicitud de divulgación y la fecha y hora en que se realizó la divulgación.

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 balance de divulgaciones, debe presentar su solicitud por escrito al Supervisor de Registros Centralizados de WCDHHS o al Coordinador del Programa de Cumplimiento de WCDHHS. Debemos cumplir con su solicitud de una lista de divulgaciones dentro de los 60 días, a menos que acepte una extensión de 30 días, y es posible que no le cobremos por la lista, a menos que solicite una lista de divulgaciones más de una vez al año.

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE WAUKESHA
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ACERCA DE LA INFORMACIÓN DE SALUD**

6. **Derecho a Obtener una Copia Impresa de Este Aviso**

Si lo solicita, puede recibir en cualquier momento una copia impresa de este aviso, incluso si anteriormente aceptó recibir este aviso electrónicamente. Se le proporcionará una copia impresa de este Aviso cuando comience a recibir servicios con nosotros y cuando haya cambios en este Aviso. Incluso si ha recibido una copia de este Aviso antes, es posible que se le pida que firme que ha recibido este Aviso. Puede solicitar una copia de este Aviso en cualquier momento comunicándose con el Supervisor de Registros Centralizados de WCDHHS al 262-548-7679 o comunicándose con el Coordinador del Programa de Cumplimiento de WCDHHS 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.

7. **Derecho a Recibir Notificación de Incumplimiento**

La ley nos exige mantener la privacidad de la información médica protegida y notificarle por correo de primera clase cualquier incumplimiento de su información médica protegida.

8. **Reclamos**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentarnos una queja comunicándose directamente con el Coordinador del Programa de Cumplimiento de WCDHHS al 262-548-7662 o con el Supervisor de Registros Centralizados de WCDHHS al 262-548-7679. Ellos le brindarán toda la asistencia necesaria para presentar su queja. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., Oficina de Derechos Civiles. Si su queja se relaciona con sus derechos de privacidad mientras recibía tratamiento por enfermedad mental, abuso de alcohol o drogas, o una discapacidad del desarrollo, también puede presentar una queja 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 dicha queja.

Si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a sus derechos de privacidad o la información en este Aviso, por favor comuníquese directamente con el Coordinador del Programa de Cumplimiento de WCDHHS al 262-548-7662 o con el Supervisor de Registros Centralizados de WCDHHS al 262-548-7679. También puede enviar preguntas, inquietudes o quejas a la siguiente dirección de correo electrónico: hhsprivacy@waukeshacounty.gov, o puede enviarlas por correo tradicional a la siguiente dirección postal:

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

La fecha de vigencia de este Aviso de Prácticas de Privacidad es el 28 de febrero de 2022.