



## **NOTIFICACIÓN ACERCA DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**Esta notificación describe cómo la información de su salud puede ser usada y dada a conocer y cómo usted puede obtener esta información.**

EN VIRTUD DE LA LEY HIPAA DE 1996, NOSOTROS TENEMOS EL DEBER LEGAL DE PROTEGER LA INFORMACIÓN ACERCA DE SU SALUD. Nosotros protegeremos la privacidad de la información que mantengamos y que le identifique a usted y a su familia, ya sea que se trate de provisiones para su cuidado de salud o ya sea que se trate de pago por esta. Nosotros debemos entregarle esta notificación acerca de nuestras prácticas de privacidad. Ella explica como, cuando, y por que usaremos y daremos a conocer la información acerca de su salud.

Nosotros nos reservamos el derecho de cambiar los términos de esta notificación y nuestras practicas de privacidad en cualquier momento, basándonos para ello en lo que sea necesario y en las regulaciones Federales. Cualquier cambio se aplicara a cualquier información acerca de su salud que en ese momento tengamos. Antes de que hagamos un cambio importante a nuestras políticas, rápidamente cambiaremos la Notificación y le enviaremos una copia a usted. De tiempo en tiempo, usted puede solicitar una copia de nuestra Notificación acerca de las Practicas de Privacidad que este en vigencia, contactando a nuestro Oficial de Privacidad, Scott Strong, a quien podrá localizar en el teléfono (608) 250-6634 extensión 111. También puede ver y obtener una copia electrónica de esta notificación en nuestra pagina de internet [www.risewisconsin.org](http://www.risewisconsin.org)

## **¿Cómo usará y divulgará RISE la información protegida acerca de su salud y la de su familia?**

Con respecto a tratamiento: Nosotros podemos divulgar la información acerca del cuidado de su salud a otro proveedor de cuidado de salud o agencia relacionada por enlace o por referencia, o revelar su historial médico a un hospital, de usted necesitar atención médica mientras se encuentre en nuestra facilidad o también pudiéramos revelarla a un programa de cuidado en residencia. El propósito de esta divulgación es el de facilitar al proveedor, agencia o facilidad medica aquella información necesaria para tratar apropiadamente su condición, para coordinar su cuidado, o para programar los exámenes que sean necesarios. Con la posible excepción de la información relacionada con el abuso de droga y de alcohol y / o su tratamiento, y el estado de VIH (para lo cual necesitaremos de su autorización específica), nosotros revelaremos la información acerca de su salud a otros proveedores de cuidado de salud que estén involucrados en su cuidado.

Para recibir el pago por el tratamiento: Nosotros podremos facilitar aquellas partes de la información acerca de su salud a su Medicare o Medicaid, entidad de gestión del cuidado de salud, compañía de seguro o Departamento de Servicios Humanos, con el propósito de recibir pago por los servicios de cuidado.

Para operaciones de cuidado de salud: Podremos, alguna vez, necesitar el uso y divulgación de la información acerca de su salud para operar nuestra organización. Podremos usar su información para evaluar la calidad del tratamiento que nuestro Personal le haya provisto. También nos podremos ver en la necesidad de compartir parte de la información acerca de su salud a nuestros contadores, abogados y consultores, con el propósito de asegurarnos de que estamos cumpliendo con la ley. Porque esta información pudiera contener asuntos de salud mental y/o su tratamiento, abuso de drogas y alcohol, y/o estado de VIH, nos encontraremos limitados en lo que podamos revelar, en cuyo caso requeriremos de su autorización previa.

Otros varios: Ocasionalmente, visitantes recorren nuestras facilidades debido a la naturaleza de los servicios que brindamos. En tales casos, se tomaran todas las precauciones para que no se revele información individual identificable.

**La ley federal permite ciertos usos y divulgaciones adicionales. Nosotros usaremos y revelaremos información acerca de su salud, sin su autorización previa, de darse las siguientes razones:**

Cuando una divulgación es requerida por la ley federal, estatal o local, o por procedimientos judiciales y administrativos, o para el cumplimiento de la ley; en tales casos nosotros revelaremos su información de salud privilegiada. Adicionalmente, procederemos de igual manera, si fuésemos ordenados por una corte, o si la ley requiriera que reportemos ese tipo de

información a una agencia del gobierno o a autoridades para el cumplimiento de la ley, tal como es el caso cuando se sospecha de abuso de menor de edad.

Actividades de salud pública: De acuerdo con la ley, nosotros necesitamos información acerca de enfermedades y de cualquier muerte para facilitársela a las agencias gubernamentales que recogen información acerca del estado de VIH (para lo cual necesitaremos de su autorización); a nosotros también se nos permite facilitar cierta información al médico forense o al director de la funeraria, de ser esto necesario.

Actividades de supervisión de la salud: Necesitamos proveer información acerca de su salud al condado y/o al estado, cuando estas entidades supervisen el programa mediante el cual usted recibe cuidado. Necesitaremos proveer información a agencias del gobierno, las cuales tengan el derecho a inspeccionar nuestras oficinas y/o a investigar prácticas de cuidado de la salud.

Propósitos de investigación: Le pediremos su autorización escrita, para participar en cualquier proyecto de investigación.

Para evitar daño o perjuicio: Si algún miembro de nuestro personal considera que es necesario, para protegerle a usted, otra persona o al público en general, nosotros facilitaremos información privilegiada a la policía y a otros, quienes sean capaces de prevenir o limitar el posible daño o perjuicio.

Funciones específicas del gobierno: De manera similar, nosotros también revelaremos información de la salud de un cliente por razones de seguridad nacional con la posible excepción de la información concerniente al abuso de drogas y alcohol y/o al tratamiento de la condición de VIH (para lo cual necesitaremos de su autorización específica). También revelaremos información de salud de personal a las fuerzas armadas o veteranos, si lo solicitaran las autoridades militares de los Estados Unidos.

Compensación laboral: Proveeremos información acerca de su salud, tal y como se describe en la Ley de Compensación Laboral, si su condición fuera el resultado de un daño sufrido en el lugar de trabajo, en virtud del cual usted esta requiriendo compensación laboral.

Actividades de recolección de fondos: Si RISE decidiese recabar fondos o participar en un programa bajo el aspecto de mercadeo social, obtendremos su autorización escrita para utilizar fotos o historias o cualquier otra información que sea parte de su historial medico personal.

Ud. tiene el derecho y la oportunidad de negarse a ciertos usos o divulgaciones de la información de su cuidado de salud.

**Divulgación a la familia, o a otros envueltos en su cuidado:** Nosotros podremos facilitar una cantidad limitada de información acerca de su salud a un miembro de su familia, amistades u otra(s) persona(s) que sepamos que esta envuelto(a) en su cuidado o en el pago de su cuidado, a menos que usted se oponga a ello. Si un miembro de su familia viene con usted a su cita y usted le permite que participe en la reunión de consulta, le facilitaremos información durante esa reunión que, de otra manera, sería privilegiada, a menos de que usted nos informe de lo contrario antes de dicha reunión.

**Otros usos y revelaciones que requieren de su autorización previa por escrito:** En situaciones distintas a los usos y divulgaciones permitidas por la ley federal, nosotros le pediremos su autorización escrita antes de usar o divulgar cualquiera información privilegiada acerca de su salud. Si usted decidiera firmar una autorización para divulgar cualquier información acerca de su salud, usted la puede revocar posteriormente, de tal manera de que se descontinúe cualquier uso y divulgación a partir de ese momento. Pero aceptando lo actuado hasta ese mismo momento por nosotros, la solicitud debe de ser revocada por escrito (excepto en el caso de personas que estén recibiendo servicios relacionados con drogas y alcohol, en cuyo caso una revocación verbal será aceptable).

### **Sus derechos bajo HIPAA:**

- Usted tiene el derecho de solicitarnos que limitemos el uso y la divulgación de la información acerca de su salud. Ciertamente, nosotros consideraremos su solicitud, pero no estamos obligados a responder acorde a la misma. Si diéramos nuestro acuerdo a su solicitud, nosotros pondremos los límites por escrito y nos regiremos por ellos, excepto en caso de suscitarse una emergencia. Por favor, tome nota de que a usted no se le permite limitar los usos y divulgaciones que nosotros requiramos o estemos autorizados por la ley.
- Usted tiene el derecho de escoger cómo nosotros le enviamos la información de salud o cómo nosotros le contactamos acerca de la misma. Usted tiene el derecho de solicitarnos que le contactemos en una dirección distinta o número de teléfono distinto (por ejemplo, enviando información a su dirección de trabajo, en lugar que a su dirección doméstica) o por medios alternos. Nosotros debemos aceptar su solicitud, en tanto que nos sea fácil hacerlo.
- Usted tiene el derecho a ver o a obtener copia de su información privilegiada de salud. En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho a ver o a obtener una copia de la información de salud que poseamos, previa solicitud por escrito. En la Recepción, hay formularios de solicitud disponibles. Nosotros le responderemos dentro de los siguientes 30 días de haber recibido su solicitud. En algunas situaciones, puede que

nosotros nos rehusamos a su petición. De hacerlo, le daremos nuestras razones por escrito. En ciertas circunstancias, usted tendrá el derecho de apelar la decisión.

- Las copias de información privilegiada de salud tienen cargo así que si solicita una copia de cualquier parte de su información privilegiada de salud, nosotros le cobraremos por página en base al monto que permita la ley del estado de Wisconsin. Nosotros necesitamos recibir el pago total antes de poderle entregar la copia y responderemos a su solicitud dentro de los 60 días desde el recibo del pago.
- Usted tiene derecho a recibir una lista de ciertas divulgaciones hechas por nosotros acerca de la información de su salud. Esta lista no incluirá usos o divulgaciones para tratamiento, transacciones de pago relacionadas con su cuidado de salud, revelaciones a usted o en virtud de su consentimiento escrito, divulgaciones a su familia con fines de notificarla o debido a su relación con su caso. Esta lista tampoco incluirá revelación alguna hecha con el propósito de seguridad nacional, divulgaciones a autoridades correccionales o de cumplimiento de la ley, si usted hubiera estado bajo custodia en ese momento, o divulgaciones hechas antes de Abril 14, 2003. Usted no puede solicitar un reporte contable por un periodo mayor de 6 años. La lista que usted recibirá incluirá la fecha de la divulgación, la persona u organización que recibió la información (con su dirección, de estar disponible), una breve descripción de la información facilitada, y una breve razón de la divulgación. Nosotros le facilitaremos esta lista sin cargo alguno: pero, si usted hace más de una solicitud durante el mismo año calendario, le cobraremos \$30.00 por cada copia adicional solicitada durante ese año.
- Usted tiene derecho a solicitar que se corrija o actualice la información acerca de su salud. Si usted cree que hay un error en la información acerca de su salud o que falta una parte de información importante, usted tiene derecho a pedir que hagamos el cambio apropiado a su información. Usted debe hacer la solicitud por escrito, explicando la razón de la misma, en un formulario de solicitud que está disponible en la recepción. Nosotros le responderemos dentro de los 60 días desde el recibo de su petición. Si nosotros aprobamos su solicitud, haremos el cambio a la información de su salud y le diremos cuando lo hemos hecho. Podremos rechazar su solicitud, si la información: (1) es correcta y completa; (2) no fue creada por nosotros; (3) no se nos permite divulgársela; o (4) no forma parte de nuestros registros. Nuestra respuesta de rechazo será escrita y dará cuenta de las razones por las cuales su solicitud fue negada y explicará su derecho a presentar un escrito de desacuerdo a nuestra respuesta. Si usted no desea hacer esto, puede solicitar que incluyamos una copia de su solicitud y nuestra decisión en todas las divulgaciones de información pertinente a su salud posteriores a este rechazo.

- Usted tiene derecho a contactar a nuestro Oficial de Privacidad, si tiene preguntas acerca de cualquier asunto cubierto en esta notificación o acerca de cualquiera de nuestras prácticas de privacidad. Usted también tiene el derecho a presentar una queja por escrito al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Nosotros no podemos tomar ninguna acción de represalia en contra de usted, si usted presentase cualquier tipo de queja.