

Scott Walker  
Governor

Dennis G. Smith  
Secretary



**State of Wisconsin**  
Department of Health Services

**INSTITUCIONES DE TRATAMIENTO**

**AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**  
**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER  
USADA Y REVELADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA  
INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALA ATENTAMENTE.**

Fecha de entrada en vigencia: 30 de Septiembre 2003

Las Entidades de Tratamiento del Ministerio de Salud y Servicios a la Familia de Wisconsin están obligadas a proteger la privacidad de su información médica. Dichas entidades aparecen en el listado en la parte inferior de esta página. Este aviso sobre Prácticas de Privacidad explica cómo nosotros podemos usar o revelar su información médica y resume sus derechos de privacidad. Entre su información médica usada o revelada puede estar la información que aparece sobre tratamientos, pagos y otros registros utilizados para tomar decisiones sobre usted en algún proceso de brindarle cuidados, servicios u otros beneficios.

**CENTRO DEL NORTE DE WISCONSIN**

2820 E. PARK AVENUE  
CHIPPEWA FALLS, WI 54729  
TELÉFONO: (715) 723-5542

**CENTRO DE WISCONSIN CENTRAL**

317 KNUTSON DRIVE  
MADISON, WI 53704  
TELÉFONO: (608) 301-9200

**INSTITUTO DE SALUD MENTAL DE MENDOTA**

301 TROY DRIVE  
MADISON, WI 53704  
TELÉFONO: (608) 301-1000

**CENTRO DE TRATAMIENTO SEGURO DE SAND RIDGE**

1111 NORTH ROAD  
MAUSTON, WI 53948  
TELÉFONO: (608) 847-4438

**CENTRO DEL SUR DE WISCONSIN**

21425 SPRING STREET  
UNION GROVE, WI 53182-9708  
TELÉFONO: (262) 878-2411

**INSTITUTO DE SALUD MENTAL DE WINNEBAGO**

APARTADO POSTAL 9  
WINNEBAGO, WI 54985-0009  
TELÉFONO: (920) 235-4910

**CENTRO DE RECURSOS DE WISCONSIN**

APARTADO POSTAL 16  
WINNEBAGO, WI 54985-0016  
TELÉFONO: (920) 426-4310

## SUS DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN PERSONAL SOBRE SU SALUD

### USTED TIENE DERECHO DE:

**VER O COPIAR SU INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD** – Usted tiene el derecho de ver o copiar información sobre tratamientos, pagos y otros registros usados para tomar decisiones sobre usted durante algún proceso de brindarle cuidados, servicios u otros beneficios. Su solicitud debe ser presentada en forma escrita y debería ser entregada a la entidad en la que usted recibió tratamiento o servicios. Podemos cobrarle una cuota por los gastos ocasionados por su solicitud. Nosotros no estamos obligados a permitirle ver o copiar notas de psicoterapia, ni información que fue preparada para el uso en medidas o procedimientos legales. Para más información, favor de contactar la entidad en la que usted recibió tratamiento o servicios.

**CORREGIR INFORMACIÓN QUE USTED CREE INCORRECTA O INCOMPLETA** – Si usted cree que su información médica es incorrecta o incompleta, usted puede solicitarnos que su información sea cambiada. Su solicitud debe ser presentada en forma escrita y debe incluir la(s) razón(es) por las que usted cree que se debería hacer un cambio. Nosotros no estamos obligados a aprobar su solicitud. Le avisaremos si aprobamos su solicitud, o le explicaremos la(s) razón(es) de nuestra decisión en caso de rechazo de su solicitud.

**SOLICITAR UN LISTADO DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE HA DADO SU INFORMACIÓN Y LA(S) RAZÓN(ES)** – Si usted lo solicita, nosotros le proporcionaremos un listado que incluye la fecha en que revelamos su información médica, el nombre de la persona u organización, una breve descripción y la razón por la cual su información fue revelada. El listado no incluirá revelaciones de información usadas para tratamientos, pagos, operaciones de cuidados de salud ni revelaciones que estaban incluidas en listados proporcionados a usted anteriormente. El listado tampoco incluirá revelaciones hechas por propósitos de la seguridad nacional, a instituciones penitenciarias o a ejecutores judiciales mientras que usted está bajo la custodia de ellos, por ciertas actividades de supervisión de la salud, autorizadas por usted por escrito y hechas antes del 14 de Abril de 2003, o hechas más de 6 años antes de la fecha de su solicitud. Nosotros le proporcionaremos un listado gratuito al año. Si necesita ayuda, favor de contactar la entidad en la que usted recibió tratamiento o servicios.

**SOLICITAR RESTRICCIÓN(ES) SOBRE LA MANERA EN QUE USAMOS O COMPARTIMOS SU INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD** – Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación sobre la manera en que usemos o revelemos su información médica con el propósito procesar tratamientos, pagos u operaciones. Le pedimos que complete un formulario de solicitud del Oficial de Privacidad del sitio de la localización de tratamiento y/o designado/a y que lo someta a evaluación. Nosotros no estamos obligados a aprobar su solicitud, y le avisaremos si rechazamos su solicitud.

**SOLICITAR COMUNICACIÓN(ES) CONFIDENCIAL(ES)** – Usted tiene el derecho de pedirnos que comuniquemos con usted sobre asuntos de salud de una cierta manera o en un determinado lugar. Por ejemplo, si usted es un paciente ambulatorio, puede solicitar que le contactemos en su lugar de trabajo o por correo electrónico. Trataremos de atender todas las solicitudes que sean razonables. Para solicitar un método alternativo de comunicación, usted debe especificar cómo o dónde quiere ser contactado/a.

**SOLICITAR UNA COPIA EN PAPEL DE ESTE AVISO** – Usted tiene el derecho de solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento. Para solicitar una copia en papel, por favor contacte la unidad que le brindó servicios. Usted puede también visualizar y descargar una copia de este aviso desde nuestra página de Internet. La dirección es la siguiente: <http://www.dhs.wisconsin.gov>

## **CÓMO LA INFORMACIÓN SOBRE SUS CUIDADOS MÉDICOS PUEDE SER USADA SIN AUTORIZACIÓN POR ESCRITO**

Su información médica puede ser usada o revelada por nosotros por propósitos de tratamiento, pagos de servicios, propósitos administrativos y operacionales y para evaluar la calidad de los servicios que usted ha recibido. Como proporcionamos un amplio espectro y una variedad de cuidados médicos y de servicios sociales a la gente de Wisconsin, no todos los tipos de usos y revelaciones pueden ser descritos en este documento. A continuación le proporcionamos un listado de algunos ejemplos comunes de revelaciones y usos permitidos.

**PARA TRATAMIENTOS** – Nosotros podemos compartir su información médica cuando coordinamos servicios que usted podría necesitar, como por ejemplo exámenes clínicos, terapias, servicios nutricionales, medicinas, hospitalizaciones o cuidados de seguimiento. Por ejemplo, podemos facilitar su información médica a un farmacéutico cuando usted necesita alguna medicina de prescripción.

**PARA PAGOS** – Podemos revelar su información médica por propósitos de facturación o para recaudar pagos por servicios y tratamientos que usted ha recibido. Por ejemplo, su información médica puede compartirse con su programa de salud para proveer información para la facturación de exámenes clínicos que usted recibió. También podemos compartir su información médica con programas gubernamentales, como p. ej. Workers' Compensation, Medicaid, Medicare o los Indian Health Services, para coordinar beneficios y pagos.

**PARA OPERACIONES DE CUIDADOS DE SALUD** – Podemos usar y revelar su información médica para garantizar que los servicios y beneficios proporcionados a usted o su niño sean adecuados y de alta calidad. Por ejemplo, podemos usar su información médica para evaluar nuestros programas de tratamiento y servicios o para evaluar los servicios de otros proveedores que usan fondos del Gobierno para brindarle servicios médicos. Podemos combinar la información médica de muchas personas para investigar tendencias de salud, para determinar cuáles servicios y programas deberían ofrecerse o si sería útil introducir nuevos tratamientos o servicios.

**A OTRAS AGENCIAS DEL GOBIERNO QUE PROPORCIONAN BENEFICIOS O SERVICIOS** – Podemos revelar su información médica a agencias gubernamentales o programas que le brindan servicios o beneficios semejantes si la revelación es necesaria para coordinar la entrega de los servicios o beneficios, o si ésta mejora nuestra capacidad de administrar o gestionar el programa.

**PARA MANTENERLE INFORMADO/A A USTED** – Podemos contactarlo/a para recordarle tratamientos, cuidados médicos o exámenes rutinarios. Podemos también contactarlo/a para proporcionarle información sobre beneficios o servicios de salud que podrían ser de interés para usted, y para darle información sobre las opciones de cuidados y tratamiento que se le ofrecen.

**PARA LA SALUD PÚBLICA** – Podemos revelar su información médica a agencias de salud pública locales, estatales o federales, sujeta a lo estipulado por la ley vigente estatal y federal, para los siguientes tipos de actividades:

- Para prevenir o controlar enfermedades, heridas o discapacidad o para el registro de estadísticas vitales como por ejemplo datos sobre nacimientos o fallecimientos;
- Para avisar a agencias de servicios sociales autorizadas por la Ley que reciban informes sobre el abuso, la negligencia o la violencia doméstica, y;
- Para reportar reacciones a medicinas o problemas con productos a la Administración Federal de Alimentos y Drogas (FDA).

**PARA LA SUPERVISIÓN DE SALUD** – Podemos compartir su información médica con otras divisiones del Ministerio de Salud y Servicios a la Familia y otras agencias que realicen actividades de supervisión

según lo estipulado por la Ley. Entre tales actividades de supervisión están los siguientes ejemplos: actividades de auditoría, inspección, investigación y autorización.

**EJECUCIÓN JUDICIAL** – Podemos revelar su información médica para cumplir con algún requerimiento de la Ley o con agencias de ejecución judicial. Por ejemplo, la información médica se puede usar para identificar o ubicar a una persona desaparecida.

**AUDIENCIAS JUDICIALES U OTRAS AUDIENCIAS** – Su información médica puede ser revelada para cumplir con una orden judicial.

**PARA INVESTIGACIÓN** – Podemos revelar su información médica para proyectos de investigación que han sido revisados y aprobados por una terna institucional de revisión o por una terna de privacidad las cuales garanticen la privacidad continua y la protección de la información médica revelada.

**PARA JUICIOS Y LITIGIOS** – Si usted está involucrado/a en algún juicio o litigio, podemos su información médica para responder a una orden judicial. También podemos revelar su información médica para responder a una orden de comparecencia, solicitud de investigación penal, u otro proceso legal de otra parte involucrada en el litigio, pero solamente si ellos han tratado de informarle a usted sobre la solicitud o de obtener una orden que proteja la información médica solicitada.

**A JUECES DE INSTRUCCIÓN, EXAMINADORES MÉDICOS Y DIRECTORES FUNERARIOS** – Podemos revelar su información médica a un juez de instrucción, examinador médico o director funerario, según sea necesario para llevar a cabo sus obligaciones según lo autorizado por la Ley. Por ejemplo, la información médica se puede revelar para identificar a una persona fallecida.

**PARA DONACIONES DE ÓRGANOS** – Si usted es donante de órganos, podemos revelar su información médica a una organización que procura, almacena o transporta órganos para el propósito de alguna donación y transplante de algún órgano, ojo o tejido.

**PARA EVITAR UNA AMENAZA SERIA A LA SALUD O A LA SEGURIDAD PÚBLICA** – Podemos revelar su información médica si esto es necesario para prevenir o minimizar una amenaza seria a su salud y seguridad, a la salud y seguridad de otra persona o del público en general.

**POR LA SEGURIDAD NACIONAL Y LA PROTECCIÓN DEL PRESIDENTE** – Podemos revelar su información médica a un funcionario federal autorizado u otra persona autorizada por el propósito de la seguridad nacional, la protección del Presidente, o para realizar investigaciones especiales según sean autorizadas por la Ley.

**A INSTITUCIONES PENITENCIARIAS** – Si usted está internado/a en una institución penitenciaria o bajo la custodia de la ejecución judicial, podemos revelar su información médica a la institución penitenciaria o al ejecutor judicial, siempre que la revelación sea necesaria para proporcionarle a usted cuidados de salud, proteger su salud y seguridad o las de otras personas, o para la seguridad de la institución penitenciaria.

**FUNCIONES ESPECIALIZADAS DEL GOBIERNO** – Podemos revelar su información médica al Gobierno para funciones especializadas del Gobierno. Por ejemplo, su información médica puede ser revelada al Ministerio de Asuntos de Veteranos (Department of Veterans Affairs) para determinar su elegibilidad para beneficios.

**A MIEMBROS DE UN ACUERDO DE CUIDADOS DE SALUD ORGANIZADOS** – Nosotros podemos participar en un Arreglo Organizado para el Cuidado de la Salud (OHCA, por sus siglas en inglés). Un Arreglo Organizado para el Cuidado de la Salud (OHCA) es un conjunto de cuidados clínicamente integrados en el cual el paciente recibe cuidados médicos de más de un proveedor de cuidados de la salud y los proveedores participantes comparten la información médica protegida con la finalidad de proveer

tratamientos y pagos. Nosotros podemos participar en un OHCA con otras entidades de cuidados de la salud y proveedores, incluyendo – sin limitarse a – hospitales, laboratorios de radiología, farmacias y consultores de cuidados de la salud.

***Si usted no objeta y la situación no es una emergencia y si la revelación no está prohibida por otras leyes ni otras razones***, nos está permitido revelar su información médica bajo las siguientes circunstancias:

- A personas involucradas en su cuidado – Podemos revelar su información médica a un miembro de su familia u otro familiar, amigo u otras personas que usted haya identificado como persona de confianza o que esté directamente involucrado en sus cuidados médicos o en el pago de los mismos;
- A su familia – Podemos usar su información médica para avisar a un familiar suyo, un representante personal suyo o una persona responsable de su cuidado, sobre su ubicación, estado general o su fallecimiento, y;
- A agencias de ayuda en casos de catástrofes – Podemos revelar su información médica a una agencia autorizada por la Ley a asistir en actividades ayuda en casos de catástrofes.

**REQUERIDO POR LA LEY** – Además de las maneras anteriormente listadas, su información médica se puede revelar cuando la Ley lo requiera.

### **NUESTRAS RESPONSABILIDADES**

Estamos obligados por la Ley estatal y federal a mantener la privacidad de su información médica. La revelación de su información médica por razones que no sean necesarias para el tratamiento, pago u operaciones, tales como están esbozadas en este aviso, o según lo permitido de acuerdo con la Ley estatal y federal, sólo se realizará con su autorización escrita. Usted puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, nosotros ya no revelaremos su información médica a los receptores que habían sido autorizados anteriormente, a excepción de la medida en que nos basábamos anteriormente a su autorización original para revelar su información.

Estamos obligados a cumplir las previsiones de este aviso. Sin embargo, nos reservamos el derecho de revisar este aviso. Asimismo nos reservamos el derecho de hacer vigente el aviso revisado tanto para la información médica que ya tenemos sobre usted como para cualquier información de salud que nosotros generemos o recibamos en el futuro. Colocaremos una copia actual de este aviso en cada una de nuestras agencias y en nuestro sitio de Internet. Además, usted puede pedir una copia de nuestras prácticas de privacidad actuales cuando visite alguna de nuestras unidades por su tratamiento o para recibir servicios de cuidados de salud.

### **SI DESEA MÁS INFORMACIÓN O QUIERE REPORTAR UN PROBLEMA**

Usted no pierde beneficios ni elegibilidad, ni sufrirá otras represalias por plantear una queja. Por favor, mándenos por escrito sus quejas sobre este aviso, la manera en que tratamos su información médica, o si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados. Dirija sus quejas al funcionario de privacidad de la unidad en la que usted cree que la violación se haya producido. Para obtener un formulario de queja, por favor contacte la unidad donde recibió cuidados o servicios. La dirección y el número de teléfono de cada unidad están listados al inicio de este aviso.

Usted puede también plantear su queja al Secretario del Ministerio Federal de Salud y Servicios Humanos, escribiendo al Privacy Officer, Department of Health and Human Services, Region V, Office of Civil Rights, 233 North Michigan Avenue, Suite 240, Chicago, IL 60611. Por más información, llame al (312) 886-2359, fax (312) 886-1807 o por dispositivo de telecomunicaciones para sordos (TDD) al (312) 353-5693.

**DIVISIÓN DE SERVICIOS PARA PERSONAS DISCAPACITADAS Y MAYORES**  
**Instituciones de Tratamiento**

**CONFIRMACIÓN DE LA RECEPCIÓN DEL**  
**AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**Usted se puede negar a firmar esta confirmación.**

Nombre del paciente (Apellidos, 1er Nombre, Inicial del 2º. nombre)	Nombre de la entidad
---	----------------------

**Confirmando haber recibido una copia del aviso de esta entidad sobre las prácticas de privacidad.**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA** – Paciente o representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha – Firmado

-----  
**For Health Information Office Use Only**

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please Specify):

Name – Staff Person Making Attempt	Date – Attempt Made
<b>SIGNATURE</b> – Staff Person Making Attempt	Date – Signed