

**TREATMENT FACILITIES
INSTITUCIONES DE TRATAMIENTO**

**NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU
INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA
INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALA DETENIDAMENTE.**

Las instituciones de tratamiento del Department of Health Services (DHS) de Wisconsin están dedicadas a proteger la privacidad de su información médica. Dichas instituciones aparecen en el listado de la parte inferior de esta página. Esta notificación sobre las Prácticas de Privacidad explica cómo nosotros podemos usar o divulgar su información médica y resume sus derechos de privacidad. La información médica que usamos o divulgamos puede incluir la información que aparece en los tratamientos, pagos y otros registros que usada para tomar decisiones sobre usted en el proceso de brindarle cuidados, servicios u otros beneficios.

SAND RIDGE SECURE TREATMENT CENTER
1111 NORTH ROAD
MAUSTON, WI 53948
TELÉFONO: (608) 847-4438

WISCONSIN RESOURCE CENTER
P.O. BOX 16
WINNEBAGO, WI 54985-0016
TELÉFONO: (920) 426-4310

SUS DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN DE SALUD

USTED TIENE DERECHO DE:

VER O COPIAR SU INFORMACIÓN DE SALUD – Usted tiene el derecho de ver o copiar su información de salud. Usted tiene derecho a solicitar que se le facilite copia ya sea en un formulario o formato electrónico (por ejemplo, PDF guardado en un CD). Si el formulario o formato no ha sido creado fácil de usar o leer, trabajaremos con usted para facilitarle un formulario o formato electrónico razonable. Su solicitud tiene que ser presentada por escrito y debe ser entregada a la institución en la que usted recibió tratamiento o servicios. Se le podría cobrar una cuota razonable por los gastos asociados con su solicitud. No estamos requeridos permitirle ver o copiar las notas de psicoterapia, ni la información que fue preparada para el uso en medidas o procedimientos legales. Para más información, favor de contactar la institución en la que usted recibió tratamiento o servicios.

CORREGIR INFORMACIÓN QUE USTED CONSIDERE INCORRECTA O INCOMPLETA – Si usted cree que su información médica es incorrecta o incompleta, usted puede solicitar que su información sea cambiada. Su solicitud debe ser presentada en forma escrita y debe incluir la(s) razón(es) por las que usted considera que se debería hacer un cambio. Nosotros no estamos requeridos 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 UNA LISTA DE QUIÉNES RECIBIERON SU INFORMACIÓN Y POR QUÉ – Usted tiene el derecho de solicitar una lista de las divulgaciones sobre su información médica que han sido hecha en conformidad con las leyes federales y estatales. A su petición, le proporcionaremos una lista que incluya la fecha que divulgamos la información médica, el nombre de la persona u organización, una breve descripción y la razón de la divulgación. Le proporcionaremos una lista de forma gratuita cada año. Póngase en contacto con la institución en la que usted recibió tratamiento o servicio.

SOLICITAR RESTRICCIÓN(ES) SOBRE LA MANERA EN QUE USAMOS O COMPARTIMOS SU INFORMACIÓN – Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación sobre la manera en que usemos o revelemos su información médica con el propósito de procesar tratamientos, pagos u operaciones. Podemos optar por no cumplir con una petición de restricción, a menos que usted u otra persona haya pagado por los servicios de su propio bolsillo, y usted solicite que nosotros no divulguemos a un plan de salud la información médica relacionada exclusivamente con estos servicios. 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. Nos pondremos en contacto con usted si rechazamos su solicitud.

SOLICITAR COMUNICACIÓN(ES) CONFIDENCIAL(ES) – Usted tiene el derecho de pedirnos que nos 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 (email). Trataremos de atender todas las solicitudes que sean razonables. Para solicitar un método alternativo de comunicación, usted debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

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

DERECHO A SER NOTIFICADO DE UNA VIOLACIÓN – Estamos requeridos por ley a mantener la privacidad de su información y a proporcionarle notificaciones sobre sus deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información y notificarle seguido de una violación a la información de salud protegida sin garantía.

CÓMO SE PUEDE USAR SU INFORMACIÓN DE SALUD SIN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

Su información médica puede ser usada o divulgada para propósitos de tratamiento, pagos por 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 divulgaciones pueden ser descritos en este documento. A continuación le proporcionamos una lista de algunos ejemplos comunes de divulgaciones 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 recetada.

PARA PAGOS – Podemos divulgar su información médica para propósitos de facturación a menos que sea necesario una autorización por escrito o para recaudar pagos por servicios y tratamientos que usted ha recibido. Por ejemplo, su información médica puede compartirse con su plan de salud para proveer información para la facturación de los servicios 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 divulgar 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 brindar 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.

INTERCAMBIO DE LA INFORMACIÓN MÉDICA – Podemos hacer su información de salud protegida disponible electrónicamente a través de un servicio de intercambio de información a otros proveedores de atención médica, planes de salud y centros de información de salud que soliciten su información. La participación en los servicios de intercambio de información también nos permite ver la información que ellos tengan acerca de usted.

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

PARA LA SALUD PÚBLICA – Podemos divulgar su información médica a las agencias de salud pública locales, estatales o federales, sujeta a lo estipulado por la ley vigente estatal y federal. Por ejemplo, podemos divulgar información 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 notificar 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 Federal Food and Drug Administration (FFDA).

PARA LA SUPERVISIÓN DE SALUD – Podemos compartir su información médica con otras divisiones del Department of Health Services y con 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 divulgar su información médica para cumplir con algún requerimiento de la ley o de las agencias del orden público. 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 divulgada para cumplir con una orden judicial.

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

PARA JUICIOS Y LITIGIOS – Si usted está involucrado/a en algún juicio o litigio, podemos divulgar su información médica para responder a una orden judicial. También podemos divulgar 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 MÉDICOS FORENSES, EXAMINADORES MÉDICOS Y DIRECTORES DE FUNERARIAS – Podemos divulgar su información médica a un médico forense, examinador médico o al director de una funeraria, según sea necesario para llevar a cabo sus obligaciones según lo autorizado por la Ley. Por ejemplo, la información médica se puede divulgar para identificar a una persona fallecida.

PARA DONACIONES DE ÓRGANOS – Si usted es donante de órganos, podemos divulgar 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 divulgar 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.

PARA LA SEGURIDAD NACIONAL Y LA PROTECCIÓN DEL PRESIDENTE – Podemos divulgar 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 es un preso en una institución penitenciaria o bajo la custodia de un agente de la ley, podemos divulgar su información médica a la institución penitenciaria o al agente de la ley, siempre que la divulgación 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 divulgar su información médica al Gobierno para funciones especializadas del Gobierno. Por ejemplo, su información médica puede ser divulgada al Department of Veterans Affairs para determinar su elegibilidad para beneficios.

Si usted no se opone y la situación no es una emergencia y si la divulgación no está prohibida por otras leyes, nos está permitido divulgar su información médica bajo las siguientes circunstancias:

- **A personas involucradas en su cuidado** – Podemos divulgar 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 divulgar su información médica a una agencia autorizada por la Ley a asistir en actividades de ayuda en casos de catástrofes.

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

APLICABILIDAD DE LEYES DEL ESTADO MÁS ERICTAS– Algunos de los usos y divulgaciones descritos en esta notificación pueden ser limitados en ciertos casos por las leyes estatales aplicables que son más estrictas que las leyes federales, incluyendo las divulgaciones relacionadas con la salud mental y el abuso de sustancias, discapacidad del desarrollo, alcohol y drogas (AODA) y la prueba del VIH.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Estamos obligados por la ley estatal y federal a mantener la privacidad de su información médica. La divulgación de su información médica por razones que no sean necesarias para el tratamiento, pago u operaciones, tales como se resumen en esta notificación, 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 divulgaremos 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 divulgar su información.

Estamos requeridos a cumplir las previsiones de esta notificación. Sin embargo, nos reservamos el derecho de revisar esta notificación. Asimismo nos reservamos el derecho de hacer vigente la notificación revisada para la información médica que nosotros mantenemos. Colocaremos una copia actual de esta notificación 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 para tratamiento o para recibir servicios de cuidados de salud.

PARA MÁS INFORMACIÓN O SI DESEA REPORTAR UN PROBLEMA

Por favor, mándenos por escrito sus quejas sobre esta notificación, 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 (Privacy Officer) 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 principio de esta notificación.

Si una queja está relacionada con sus derechos de privacidad mientras recibía tratamiento para enfermedad mental, alcohol o drogas o una discapacidad del desarrollo, también puede presentar una queja con el personal o el administrador de la institución de tratamiento o del programa comunitario de salud mental. No habrá ninguna represalia contra usted por presentar una queja.

Fecha de vigencia de esta notificación: 25 de febrero de 2015

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
Instituciones de Tratamiento

CONFIRMACIÓN DE RECEPCIÓN DE
LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Usted se puede negar a firmar esta confirmación.

Nombre del cliente (Apellido, Nombre, Inicial)	Nombre de la institución
--	--------------------------

Confirmando haber recibido una copia de la notificación de las prácticas de privacidad de esta institución.

_____ **FIRMA** – Cliente

_____ 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
SIGNATURE – Staff Person Making Attempt	Date Signed