

Centros de tratamiento

Aviso de Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Practices)

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede tener acceso a esta información. Revíselo con atención.

Los centros de tratamiento del Wisconsin Department of Health Services (DHS) se comprometen a proteger la privacidad de su información médica. Estos centros se detallan en la parte de abajo de esta página. Este aviso de Prácticas de Privacidad explica cómo podemos usar o divulgar su información médica y detalla sus derechos de privacidad. La información médica usada o divulgada puede incluir información que aparece en los tratamientos, pagos y otros registros usados para tomar decisiones sobre usted mientras se le proporcionan servicios, atención u otros beneficios.

Northern Wisconsin Center

2820 E. Park Avenue
Chippewa Falls, WI 54729
Phone: (715) 723-5542

Southern Wisconsin Center

21425 Spring Street
Union Grove, WI 53182-9708
Phone: (262) 878-2411

Central Wisconsin Center

317 Knutson Drive
Madison, WI 53704
Phone: (608) 301-9200

Sand Ridge Secure Treatment Center

1111 North Road
Mauston, WI 53948
Phone: (608) 847-4438

Mendota Mental Health Institute

301 Troy Drive
Madison, WI 53704
Phone: (608) 301-1000

Wisconsin Resource Center

PO Box 16
Winnebago, WI 54985-0016
Phone: (920) 426-4310

Winnebago Mental Health Institute

PO Box 9
Winnebago, WI 54985-0009
Phone: (920) 235-4910

Sus derechos sobre la información médica

Tiene derecho a:

Consultar o copiar su información médica: tiene derecho a consultar o copiar su información médica. Tiene derecho a solicitar que le proporcionen una copia en formato electrónico o digital (p. ej., un archivo PDF guardado en un CD). Si el formato electrónico o digital no es fácil de crear, veremos con usted cómo proporcionarle un formato electrónico o digital razonable. Su solicitud debe realizarse por escrito y debe presentarse al centro donde recibió el tratamiento o los servicios. Es posible que deba realizar un pago razonable por los costos relacionados con su solicitud. No podremos permitirle ver ni copiar notas de psicoterapia o información que se haya preparado para usar en acciones o procedimientos judiciales. Comuníquese con el centro donde recibió el tratamiento o los servicios para obtener más información.

Corregir información que crea que es incorrecta o que esté incompleta: si cree que su información médica es incorrecta o está incompleta, puede presentarnos una solicitud para que cambiemos su información. Su solicitud debe realizarse por escrito y debe incluir los motivos por los que cree que debe realizarse el cambio. No tenemos la obligación de aprobar su solicitud. Le avisaremos si aprobamos su solicitud o le explicaremos los motivos por los cuales decidimos rechazarla.

Solicitar un listado de las personas a las que se les compartió su información y los motivos: tiene derecho a solicitar una lista de las divulgaciones de su información médica que realizamos en cumplimiento con las leyes federales y estatales. Si lo solicita, le proporcionaremos una lista que incluya la fecha de divulgación de la información médica, el nombre de la persona u organización, una breve descripción y el motivo para la divulgación. Proporcionaremos una lista por año sin cargo. Comuníquese con el centro donde recibió servicios o tratamientos para obtener ayuda.

Solicitar restricciones sobre cómo usamos o compartimos su información: tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre cómo usamos o divulgamos su información médica para fines de tratamientos, pagos u operaciones. Podemos decidir no cumplir con una solicitud de restricción, a menos que usted u otra persona haya pagado por los servicios por completo de su bolsillo y solicite que no divulguemos información médica relacionada únicamente con esos servicios a un plan de salud. Le solicitamos que llene un formulario de solicitud, que puede solicitar al responsable o designado de privacidad del centro de tratamiento, y que lo envíe para evaluación. Nos comunicaremos con usted si rechazamos su solicitud.

Solicitar comunicaciones confidenciales: puede pedirnos que nos comuniquemos con usted sobre asuntos de salud de determinada manera o en un lugar específico. Por ejemplo, si es un paciente ambulatorio, puede solicitar que nos comuniquemos con usted por correo electrónico o en su lugar de trabajo. Intentaremos hacer adaptaciones para cumplir con

todos los pedidos razonables. Para solicitar un método de comunicación alternativo, debe especificar cómo quiere que nos comuniquemos con usted o dónde.

Solicitar una copia en papel de este aviso: tiene derecho a solicitarnos una copia en papel de este aviso en cualquier momento. Comuníquese con el centro donde recibió servicios o tratamiento para solicitar una copia en papel. También puede ver y descargar una copia de este aviso de nuestro sitio web. La dirección es <http://www.dhs.wisconsin.gov>

Revocar (cancelación) su consentimiento: puede revocar su consentimiento en cualquier momento, excepto para lo que el DHS ya haya tomado medidas basándose en esa información. Puede revocar su consentimiento presentando una solicitud por escrito al responsable de privacidad del DHS o puede solicitar una adaptación razonable para un trámite de revocación alternativo poniéndose en contacto con su proveedor de la Parte 2.

Recibir una notificación ante una violación: su proveedor está obligado por ley a mantener la privacidad de su información, a proporcionarle notificaciones sobre sus deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información y a notificarle después de que ocurra una violación de la información médica protegida sin garantía.

Cómo puede usarse su información de atención médica sin su permiso por escrito

Podremos usar y divulgar su información médica para fines de tratamiento, pago de servicios, cuestiones administrativas y operativas y para evaluar la calidad de los servicios que recibe. Como ofrecemos una amplia gama y variedad de servicios de atención médica y servicios sociales para las personas de Wisconsin, no todos los tipos de usos y divulgaciones pueden describirse en este documento. A continuación, hemos detallado algunos ejemplos comunes de usos y divulgaciones permitidos.

Para tratamiento: podemos compartir su información médica cuando coordinemos los servicios que necesita, como exámenes clínicos, terapia, servicios de nutrición, medicamentos, hospitalización o atención de seguimiento. Por ejemplo, cuando necesite un medicamento recetado se puede proporcionar la información médica al farmacéutico.

Para pagos: podemos divulgar su información médica para fines de facturación a fin de recibir pagos por el servicio o tratamiento que reciba. Por ejemplo, podemos compartir información médica con su plan de salud para proporcionar información de facturación por los servicios que recibió. También podemos compartir su información médica con programas gubernamentales, como Workers' Compensation, Medicaid, Medicare o Indian Health Services para coordinar beneficios y pagos.

Para operaciones de atención médica: podemos usar y divulgar su información médica para garantizar que los servicios y beneficios que le proporcionen sean adecuados y de buena calidad. Por ejemplo, podemos usar su información médica para evaluar nuestro tratamiento y programas de servicio o para evaluar los servicios de otros proveedores que usan fondos públicos para proporcionarle servicios médicos. Podemos combinar información médica sobre diferentes personas para investigar tendencias de salud, para determinar qué servicios y programas se deberían ofrecer o si los nuevos tratamientos o servicios son útiles.

Intercambio de información médica: podemos poner a disposición su información médica electrónicamente a través de un servicio de intercambio de información a otros proveedores de atención médica, a los planes de salud y a los centros de salud que soliciten su información. La participación en los servicios de intercambio de información también nos permite ver información sobre usted.

A otras agencias gubernamentales que proporcionan beneficios o servicios:

podemos divulgar su información médica a programas o agencias gubernamentales que le proporcionen beneficios o servicios similares si la divulgación es necesaria para coordinar la provisión de servicios o beneficios o mejora nuestra capacidad para administrar o gestionar el programa.

Para salud pública: podemos divulgar su información médica a agencias de salud pública locales, estatales o federales, conforme a las disposiciones de las leyes estatales y federales pertinentes. Por ejemplo, podemos divulgar información para los siguientes tipos de actividades:

- Para evitar o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades o para mantener los registros de estadísticas vitales, como datos sobre nacimientos y muertes;
- Para notificar a las agencias de servicios sociales que estén autorizadas por la ley para recibir informes de abuso, abandono o violencia doméstica, y;
- Para informar reacciones a medicamentos o problemas con los productos a la Federal Food and Drug Administration.

Para supervisión médica: podemos compartir su información médica con otras divisiones del Department of Health Services y con otras agencias para actividades de supervisión, según lo requiera la ley. Algunos ejemplos de estas actividades de supervisión son las auditorías, inspecciones, investigaciones y actividades de concesión de licencias.

Cumplimiento de la ley: se puede divulgar su información médica para cumplir con requisitos exigidos por la ley o por las fuerzas del orden público. Por ejemplo, la información médica puede usarse para identificar o localizar a una persona desaparecida.

Audiencias judiciales y de otro tipo: se puede divulgar su información médica para cumplir con una orden judicial.

Para investigación: podemos divulgar su información médica para proyectos de investigación que hayan sido revisados y aprobados por una junta de revisión institucional o junta de privacidad para garantizar que se mantenga la privacidad y la protección de la información médica.

Para juicios o disputas: si se involucra en un juicio o disputa, podemos divulgar su información médica como respuesta a una orden judicial. También podemos divulgar su información médica como respuesta a una orden de citación, solicitud de discovery u otro procedimiento legal iniciado por la otra parte en el litigio, pero solo si esta parte hizo un esfuerzo para notificarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información médica solicitada.

Para médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerarias: podemos divulgar su información médica a un examinador médico, médico forense o director de funeraria en la medida que sea necesario para el cumplimiento de sus obligaciones, según lo

establece la ley. Por ejemplo, puede ser necesario divulgar información médica para identificar a una persona fallecida.

Para donaciones de órganos: si es donante de órganos, podemos divulgar su información médica a una organización que gestione la obtención de órganos, los almacene o transporte para fines de trasplante o donación de un órgano, ojo o tejido.

Para evitar una amenaza grave a la seguridad y salud pública: podemos divulgar su información médica si fuera necesario para prevenir o reducir amenazas graves a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad de otra persona o del público en general.

Para seguridad nacional y protección del presidente: podemos divulgar su información médica a un funcionario federal autorizado o a otra persona a fines de brindar seguridad nacional, proporcionar protección al presidente o realizar investigaciones especiales, tal como lo autorice la ley.

A instituciones penitenciarias: si es interno en una institución penitenciaria o se encuentra bajo custodia de un agente policial, podemos divulgar su información médica a la institución penitenciaria o al agente policial, siempre que la autorización para divulgación sea necesaria para ofrecerle atención médica, proteger su salud y seguridad o proteger la salud y seguridad de otras personas o de la institución penitenciaria.

Funciones gubernamentales especializadas: podemos divulgar su información médica al gobierno para que este desempeñe funciones especializadas. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica al Department of Veterans Affairs a fin de determinar su elegibilidad para recibir beneficios.

Si no se opone, la situación no es una emergencia y la divulgación no está prohibida por otras leyes de otros modos, tenemos permitido divulgar su información en las siguientes circunstancias:

- A las personas involucradas en su atención médica: podemos divulgar su información médica a un miembro su familia o a otro familiar, amigo o persona que identifique como persona involucrada en su atención médica o en el pago de su atención médica;
- A la familia: podemos usar su información médica para notificar a un familiar, a un representante personal o a una persona responsable de su cuidado su ubicación, estado general o muerte, y;

Registros protegidos de Part 2: el DHS usará y divulgará sus registros de Part 2 solo según lo que se describe en este aviso o mediante su consentimiento por escrito.

- Para comunicaciones entre el personal de los programas de Part 2 del DHS cuando se requiera esa información para cumplir con las tareas de diagnóstico, tratamiento o derivación para un tratamiento.
- A personal médico en una emergencia médica.
- A organizaciones de servicios calificadas que prestan servicios en nuestro nombre y que aceptan por escrito proteger la información del mismo modo en que estamos obligados a hacerlo.

- A la policía, en caso de que usted cometa o amenace con cometer un delito en nuestras instalaciones o en contra de nuestro personal.
- Para denunciar la sospecha de abuso, maltrato o abandono infantil, tal como lo indica la ley pertinente.
- A personal calificado para investigación, conforme a la aprobación y a las leyes de supervisión.
- A personal calificado para realizar auditorías o evaluaciones de programas que a) acepte por escrito proteger la información según lo establecido en nuestras políticas, b) represente agencias gubernamentales federales, estatales o locales que estén legalmente autorizadas para supervisar nuestro programa o c) proporcione ayuda económica al programa o realice el pago de la atención médica, o
- A una autoridad de salud pública, si la información pasó por un proceso de desidentificación.

Requisitos de consentimiento para usar o compartir registros de Part 2:

Cuándo se requiere consentimiento: le solicitaremos su consentimiento para compartir registros protegidos de Part 2 en situaciones que no se detallan en la Sección I(a) anterior, por ejemplo:

- **Para fines de tratamiento, pagos y operaciones.** Debe firmar un formulario de consentimiento de Part 2 para permitirnos compartir sus registros protegidos de Part 2 con programas y otros proveedores que lo atiendan en una instalación del DHS o en otro centro médico, con su compañía de seguro médico a fin de que podamos recibir el pago por los servicios prestados, o para fines de mejora de la calidad y otras operaciones.
- **Consentimiento único:** puede proporcionar un único consentimiento para todos los usos y divulgaciones futuros para fines de tratamiento, pagos y operaciones de atención médica. Si el destinatario es una entidad cubierta por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) (como otro proveedor de atención médica o una compañía de seguros) o un asociado comercial (como una compañía que ayuda a un proveedor de atención médica a almacenar los registros médicos), esa entidad podrá divulgar su información según lo permitido por la HIPAA, excepto en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra. Deberá firmar un consentimiento aparte para que podamos compartir sus registros protegidos de Part 2 con los servicios de intercambio de información de salud (health information exchanges, HIE). El HIE ofrece una forma en la que podemos compartir información de salud con sus otros proveedores de atención médica (consultorios médicos, hospitales, laboratorios, centros de radiología y otros proveedores) a través de medios electrónicos seguros. Consulte con su proveedor de Part 2 para obtener información adicional.
- **Tratamiento obligatorio.** Si fue obligado a recibir un tratamiento en los programas de Part 2 del DHS por mandato del sistema de justicia penal (incluido el tribunal de drogas, la libertad condicional o la libertad bajo palabra),

debe firmar un formulario de consentimiento separado que nos permita compartir sus registros protegidos de Part 2 con el sistema de justicia penal, como el tribunal, los oficiales de libertad condicional, los oficiales de libertad bajo palabra, los fiscales u otras fuerzas del orden público. La duración de su consentimiento (cuanto tiempo permanece en vigencia) y su derecho a revocar su consentimiento pueden ser más limitados que en el caso de un formulario de consentimiento estándar de Part 2.

- **Programas de supervisión de medicamentos recetados.** Si la ley exige que informemos los medicamentos para trastornos por consumo de sustancias (Substance Use Disorders, SUD) que recetamos o entregamos a un programa estatal de supervisión de medicamentos recetados, podremos divulgar la información protegida por Part 2 con su consentimiento por escrito.
- **Procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos.** Para compartir sus registros protegidos de Part 2 o testificar sobre la información incluida en los registros en una investigación o procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo contra usted, debe firmar un formulario de consentimiento de Part 2 por separado.
- **Otros usos y divulgaciones.** El DHS usará y divulgará registros protegidos de Part 2 de otros modos que no sean los que se describen en este aviso solo con su consentimiento.

Organizaciones de ayuda para catástrofes: podemos divulgar su información médica a una agencia autorizada por la ley para ayudar en actividades de ayuda para catástrofes.

Requerido por ley: además de los casos indicados anteriormente, se puede divulgar su información médica cuando la ley así lo requiera.

Aplicabilidad de leyes estatales más estrictas: algunos de los usos y divulgaciones descritos en esta notificación pueden ser limitados en determinados casos por leyes estatales pertinentes que son más estrictas que las leyes federales, como las divulgaciones relacionadas con la salud mental y el abuso de sustancias, la discapacidad del desarrollo, el abuso de alcohol y otras drogas (alcohol and other drug abuse, AODA) y la prueba del VIH.

Nuestras responsabilidades

Las leyes federales y estatales nos exigen mantener la privacidad de su información médica. La divulgación de su información médica por motivos que no sean los necesarios para tratamientos, pagos u operaciones, tal como se detalla en este aviso, o de otro modo que no sea el permitido por las leyes federales o estatales, se realizará **solo** con su autorización por escrito. Puede revocar su autorización, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su autorización, ya no divulgaremos su información médica a los destinatarios autorizados anteriormente, excepto en la medida en que hayamos actuado previamente basándonos en su autorización original para divulgar su información.

Debemos cumplir con las disposiciones de este aviso. Sin embargo, nos reservamos el derecho a revisar este aviso. También nos reservamos el derecho de que el aviso revisado se aplique a la información médica que mantenemos. Publicaremos una copia actualizada de

este aviso en nuestros sitios de tratamiento y en nuestro sitio web. Además, puede pedir una copia de nuestras prácticas de privacidad actualizadas cuando visite uno de nuestros centros para recibir tratamiento o servicios médicos.

Para obtener más información o informar un problema

Envíe sus quejas por escrito sobre este aviso, sobre cómo manejamos su información médica o si considera que sus derechos de privacidad han sido violados al responsable de privacidad del centro donde cree que ocurrió la infracción. Para obtener un formulario de quejas, comuníquese con el centro donde recibió atención o servicios. La dirección y el teléfono de contacto de cada centro se detallan al principio de este aviso. Puede presentar una queja ante el secretario del U.S. Department of Health and Human Services por escrito a Privacy Officer, Department of Health and Human Services, Region V. Office of Civil Rights, 233 North Michigan Avenue, Suite 240, Chicago, Ill 60601. Para obtener información adicional, llame al (312) 886-2359, fax (312) 886-1807, TTY (312) 353-5693. Si la queja se relaciona con sus derechos de privacidad mientras recibía tratamiento para una enfermedad mental, por abuso de alcohol o drogas o por una discapacidad de desarrollo, puede presentar una queja al personal o al administrador del centro de tratamiento o programa de salud mental comunitario. No habrá ninguna represalia contra usted de ninguna forma por presentar una queja.

Fecha de vigencia de este aviso: 30 de enero de 2026

**Department of Health Services
Centros de tratamiento**

**Confirmación de la recepción de
las prácticas de privacidad**

Puede negarse a firmar esta confirmación

Nombre del beneficiario (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): _____

Nombre del centro: _____

Confirmando que recibí una copia del aviso de prácticas de privacidad de este centro.

Firma — Beneficiario/tutor: _____

☐ Marque si es la firma del tutor

Fecha de la firma: _____

.....
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 attempt made: _____