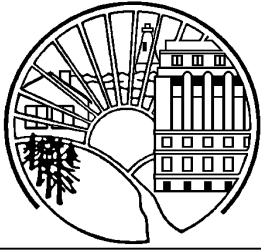


**NOTIFICACIÓN DE LA REGLA DE PRIVACIDAD
EN LAS PRACTICAS REFERENTE A LA
INFORMACIÓN MÉDICA**

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUDIERA SER UTILIZADA O REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISELA CUIDADOSAMENTE

El Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Sheboygan reconoce el derecho del paciente de recibir notificación adecuada del uso y revelación de su Información Médica Privada que el Departamento pudiera hacer, y de los derechos del paciente y las obligaciones legales del Departamento con respecto a La Información Médica Privada.



CONDADO DE SHEBOYGAN

**Condado De Sheboygan
Departamento De Salud Y Servicios Humanos
1011 Norte Calle 8
Sheboygan, WI 53081**

**COMO EL DEPARTAMENTO DE SALUD Y
SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE
SHEBOYGAN UTILIZA Y COMPARTE SU
INFORMACIÓN MÉDICA:**

El Departamento usa la información de salud de su historial médico para proveerle tratamiento a usted, para arreglar la forma de pago, y para las funciones del cuidado de salud:

1. **TRATAMIENTO:** Puede que el Departamento comparta su información médica con el doctor u otro proveedor de cuidado de salud. Cualquier tratamiento sería anotado en su historial para cualquier otro doctor, enfermero, representante de caso o terapeuta que usted vea. Por ejemplo, los representantes de casos que estén envueltos con su cuidado necesitarán información sobre su diagnóstico para desarrollar un plan de tratamiento. Si usted está siendo tratado por un servicio de Capitulo 51 (Enfermedad Mental, Inhabilidad de Desarrollo, O AODA), Solamente se permite revelación interna sin autorización.
2. **PAGO:** Puede que el Departamento someta su información de salud a Asistencia Médica, El Estado de Wisconsin, u otras terceras personas responsables del pago para recibir reembolso. Cuando esto se haga, se compartirá muy poca información para que se haga el pago. Usualmente, esto incluye el identificarlo a usted, su diagnóstico, y el tratamiento proveído. Los servicios del Capitulo 51 y el tratamiento de HIV requiere su autorización.
3. **FUNCIONES DEL CUIDADO DE SALUD:** Puede que el Departamento vea su expediente para revisar nuestras funciones. Estas actividades para verificar calidad y mejoramientos en costo puede que incluya el evaluar la función de los doctores, enfermeros, representantes de caso, terapeutas y otros profesionales del cuidado de salud o para examinar la efectividad del tratamiento proveído a usted comparado con otros pacientes con situaciones similares.
4. **COMPARTIENDO INFORMACIÓN Y RECORDATORIOS:** Puede que su información médica sea revisada si es tiempo de volver a establecer su elegibilidad, para conducir una reevaluación de su caso, o para hacer una visita rutinaria. Puede que nos comuniquemos con usted para recordarle de su cita o informarle sobre otras alternativas de tratamiento u otros

beneficios relacionados con su salud y servicios que pudieran interesarle.

La ley permite que el Departamento comparta su información médica privada **sin su autorización:**

1. **A como sea requerido o permitido por la ley.** Si algún aspecto de su información médica es de interés para un procedimiento legal, corte, o acción administrativa. Por ejemplo, puede que tengamos que reportar abuso, negligencia, o ciertos daños físicos, o responder a una orden de la corte.
2. **Por razones de salud pública:** Como es requerido por la ley, puede que revelemos su información médica a salud pública o a autoridades legales encargadas de la prevención y el control de enfermedades, lesiones o incapacidades.
3. **Actividades de vigilancia de la salud:** Puede que se comparta información con agencias del gobierno para proveer vigilancia del sistema del cuidado de salud. Ejemplos de esto incluye licenciatura e inspección de facilidades médicas, auditorías u otros procedimientos relacionados con la vigilancia del sistema del cuidado de salud.
4. **Registros de Defunción:** Información sobre muerte es registrada y documentada por diferentes autoridades por ejemplo, el Registro de Escrituras, un pesquisidor (investigador) y un examinador médico.
5. **Donación de Órganos:** En el caso de una donación de órganos, se debe compartir información para obtener un órgano compatible.
6. **Investigación:** Bajo ciertas circunstancias, y solamente después de un proceso de aprobación para alludar a conducir una investigación.
7. **Amenaza de Salud y Seguridad:** Puede que se revele información para prevenir o aminorar una amenaza seria contra su salud o seguridad, hacia otra persona, o al público en general.
8. **Funciones Especializadas del Gobierno/Ejecución de la Ley:** Puede que su información sea utilizada o revelada al gobierno para funciones especializadas. Por ejemplo, su información puede ser revelada a las autoridades militares apropiadas si usted es o a sido miembro de las fuerzas armadas de Los Estados Unidos. La información puede ser revelada para cumplir con un requisito de la ley o de agencias encargadas de ejercer la ley. Por ejemplo, la información puede ser utilizada si usted está

bajo la custodia de la ley o es usted un recluta en una institución correccional.

9. **Compensación al Trabajador:** La información médica puede ser revelada de acuerdo a la ley si esta envuelve las leyes de beneficios y compensación al trabajador o programas similares relacionados con lesiones o enfermedades en el trabajo.
10. **En Caso De Un Desastre:** Información puede ser revelada a organizaciones alludando en caso de un desastre para que su familia pueda ser notificada sobre su condición y localización.
11. **A personas encargadas de su cuidado o para pago de su cuidado:** Se les puede dar información sobre su cuidado y tratamiento a miembros de su familia o a otras personas legalmente responsables por usted.
12. **Socios En Negocios:** Se proveen algunos servicios en nuestra organización por medio de contratos con socios o proveedores de servicios. Cuando se contratan estos servicios, puede que revelemos su información médica a nuestros socios para que ellos puedan llevar acabo el trabajo que les hemos pedido. Para proteger su información médica, pedimos a los socios que aseguren su información apropiadamente.
13. **Excepciones Reglamentarias:** Las leyes de Wisconsin 51.30 y 252 limitan la revelación de su información médica sin su consentimiento.

Puede que el Departamento use o revele su información médica personal solamente con su permiso por escrito, excepto como es descrito en las secciones anteriores. Si usted nos dió permiso, usted puede revocar ese permiso a cualquier momento notificándonos por escrito, excepto si nosotros ya hemos tomado acción basa dos en su permiso. **USTED NO TIENE QUE FIRMAR LA AUTORIZACIÓN PARA RECIVIR TRATAMIENTO.**

Información Médica: Es definido como cualquier información, ya sea oral o escrita en cualquier forma que – (1) Sea creada o recibida por un proveedor de cuidado de salud, plan de salud, autoridad de salud pública, empleador, asegurador de vida, escuela o universidad o cámara de compensación del cuidado de salud; Y(2) Relacionada al pasado, presente, o futuro estado de salud físico o mental de un individuo; la provisión de cuidado de salud a un individuo; o el pasado, presente o futuro pago por la provisión de cuidado de salud a un individuo.

SUS DERECHOS SOBRE INFORMACIÓN MÉDICA

ACCESO: Usted tiene derecho de revisar y obtener una copia de su información médica, incluyendo el historial de cobros. Tal vez le cobremos una cuota razonable por las copias. Esto no aplica a notas sobre psicoterapia o información adquirida para procedimientos, por ejemplo.

REVELACIONES: Después del 14 de Abril del 2003, El Departamento debe mantener un historial sobre a quién se le revela su información sin su consentimiento por escrito. Usted tiene derecho a ver ese historial. Usted puede solicitar esta información por escrito al Oficial De Privacidad Del Departamento en el Departamento De Salud y Servicios Humanos del Condado de Sheboygan. La solicitud por escrito debe especificar el periodo de tiempo de la contabilidad. La primer lista que usted solicite dentro de un periodo de 12 meses será gratis. Para listas adicionales, tal vez le cobremos una cuota por los gastos. Nosotros le informaremos del costo y usted puede decidir si acepta o no o si decide modificar su solicitud antes que los costos sean aplicados.

RECIVIR UNA COPIA DE ESTA NOTIFICACIÓN: Usted puede, a cualquier momento, recibir una copia de esta notificación. Esta notificación está disponible en todas las áreas de recepción en el edificio principal del Departamento y sus localidades adjuntas. Puede obtener una copia reciente del (Website) del Condado de Sheboygan:
http://www.co.sheboygan.wi.us/html/d_hhs_.html

RESTRICCIÓN: Usted tiene el derecho de solicitar restricciones adicionales. El Departamento no tiene que estar de acuerdo con su solicitud. Sin embargo, si está de acuerdo, esta solicitud debe estar por escrito.

COMUNICACIONES CONFIDENCIALES: Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros hagamos arreglos con usted para comunicarnos de una manera diferente a lo usual. Esta petición debe ser por escrito y debe constatar que si se provee en la manera usual, esta información pudiera dañarlo de algún modo. Si su solicitud es razonable, especifica una manera alternativa y llena los requisitos de pago, esta debe ser acomodada de acuerdo con la ley.

ENMIENDA: Usted no tiene el derecho de cambiar su información médica. Usted tiene el derecho de

solicitar que nosotros clarifiquemos su información médica agregando información en su expediente. Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar porqué la información debe ser corregida. El Departamento tiene el derecho de oponerse a su solicitud. La oposición será por escrito. Usted puede responder con una declaración por escrito diciendo el porqué usted no está de acuerdo con la decisión, la cual será agregada al historial. Si nosotros estamos de acuerdo a corregir su historial como usted lo pidió, también haremos el esfuerzo posible de informar a los demás, incluyendo personas específicas nombradas por el consumidor, acerca de los cambios.

PROCESO PARA PRESENTAR UNA QUEJA: El Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Sheboygan tiene un proceso establecido de como presentar una queja referente al uso y/o revelación de información médica privada. Si usted desea presentar una queja, puede llamar, escribir o ir en persona al Oficial De Privacidad al:

Condado De Sheboygan
Departamento De Salud Y Servicios Humanos
1011 Norte Calle 8, Sheboygan, WI 53081
(920) 459-6400
O

Usted puede presentar una queja con la secretaria del Departamento De Salud Y Servicios Humanos de Los Estados Unidos. Nosotros no tomaremos represalias contra usted por presentar esa queja.

El Condado de Sheboygan se reserva el derecho de cambiar esta notificación a cualquier momento. En el evento de un cambio, El Condado de Sheboygan le proveerá una copia de la notificación revisada si usted lo solicita.

FECHA DE EFECTIVIDAD: Esta notificación entra en efecto el 14 de Abril del 2003.

Versión #1: Imprimida inicialmente Abril 2003

S:\hhsd\HIPAA\Foms\PF39B Notice of Privacy Practices Brochure.spanish