

# HIPAA Notificación - Waupaca County

**EN ESTA NOTIFICACIÓN SE DESCRIBE COMO SE PUEDE LLEGAR A UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y COMO PUEDE HACER USTED PARA ACCERER A DICHA INFORMACIÓN.**

**POR FAVOR, LEER CON ATENCIÓN**

**POR FAVOR, LEER CON ATENCIÓN**

Reconocimiento del paciente de haber recibido la notificación \_\_\_\_\_

Firma o iniciales del paciente

## **Descripción y ejemplos de los usos y divulgaciones permitidas.**

Estamos autorizados a efectuar ciertos usos y divulgaciones de su información médica protegida sin contar con su previo consentimiento en determinadas situaciones, como en el ejemplo provisto a continuación, que se relacionen con su (1) Tratamiento, (2) Formas de pago de su tratamiento, y (3) nuestras operaciones de atención de la salud. La información médica protegida relacionada con su Tratamiento, Pago y Operaciones de atención de la salud, en adelante seramencionada como "TPO".

Por ejemplo, estamos autorizados a utilizar o divulgar su información médica protegida sin su consentimiento en una emergencia, cuando un proveedor éste obligado por la ley a brindarle tratamiento, o cuando existan muchas barreras de comunicación. También estamos autorizados a divulgar su información médica protegida sin su consentimiento si así fuera requerido por la ley, como ser en casos de víctimas de abuso, abandono o violencia domestica.

### **Usos y divulgaciones en ocasión de Tratamiento**

Para que un proveedor de atención de la salud cubierto que tenga una relación directa de tratamiento con el paciente pueda utilizar o divulgar información médica protegida (PHI) en casos de TPO, se requiere el consentimiento del paciente. Los proveedores de servicios de atención de la salud que tengan relaciones indirectas de tratamiento con pacientes (como por ejemplo, los laboratorios que sólo, interactúan con los médicos y no con los pacientes), planes de salud y centros de distribución médica pueden utilizar y divulgar su información médica protegida en casos de TPO sin necesidad de obtener el consentimiento del paciente. éste disposición permite que dichas entidades consigan el consentimiento del paciente si así lo desean.

### **Usos y divulgaciones por motivos de Pago**

Los usos y divulgación de su información médica protegida por motivos que se relacionen con pagos abarcan todas las actividades de los proveedores de servicios de atención de la salud, como por ejemplo nosotros para obtener un pago o para obtener reintegros por los servicios medicos provistos. Los siguientes son ejemplos de algunos de los tipos de pago que podrían requerir el uso o divulgación de su información médica protegida:

- Actividades de facturación y cobro (incluye la divulgación a agencias de información sobre consumidores).
- Elegibilidad para seguros medicos o determinación de la cobertura,
- Revisión de los cargos de los servicios de atención a la salud como resultado de consultas sobre necesidad médica, coberturas y justificación de cargos.

### **Usos y divulgaciones por Operaciones de atención a la salud**

Podremos utilizar su información médica protegida en el curso de nuestras operaciones normales, como por ejemplo, para programar una cita con usted, realizar el seguimiento de un tratamiento, mantener archivos o completar los informes requeridos por su plan de seguro medico, si fuera aplicable.

### **Otros usos o divulgaciones de su información médica sin su permiso**

Asimismo, estamos autorizados a utilizar o divulgar su información médica protegida sin su consentimiento por otras razones que no sean TPO en ciertas circunstancias. Las otras razones por las que se podrá utilizar su información médica protegida incluyen, por ejemplo:

- Divulgaciones a las autoridades de salud pública de los Estados Unidos para (i) prevenir o controlar una enfermedad, (ii) denunciar casos de abuso o abandono de menores,
- Divulgaciones requeridas por la ley,
- Divulgaciones sobre víctimas de abuso de menores, abandono de personas o violencia domestica,
- Divulgaciones para actividades de supervisión de salud,
- Divulgaciones para procesos judiciales y administrativos,
- Divulgaciones por razones de aplicación de la ley,
- Divulgaciones por razones de donación de tejidos,
- Divulgaciones para evitar amenazas graves a la salud o seguridad.

### **Los siguientes usos y divulgaciones requieren de su autorización escrita:**

- Comercialización intenciones
- Cobertura anterior a la inscripción,
- Determinaciones de empleo,
- Recolección de fondos,
- Anotaciones para psicoterapia.

Usted podrá revocar la autorización escrita que hubiera provisto para esos usos y propósitos. Para que sea efectiva, dicha revocación deberá extenderse por escrito y entregarse a esta organización y a todas las demás entidades a las que hubiera entregado la autorización.

#### **Sus derechos individuales**

Usted tiene los siguientes derechos relacionados con su información médica personal:

- Derecho a solicitar restricciones de ciertos usos y divulgaciones de su información médica protegida. Sin embargo, aun cuando usted solicite dicha restricción, nosotros no estamos obligados a dar perstar nuestro consentimiento, pero si estaremos obligados a cumplir cualquier restricción que hubieramos aceptado.
- También podemos dejar sin efecto una restricción que usted hubiera aceptado previamente ya sea oralmente o por escrito. Por ejemplo, si usted solicita que no divulguemos su información médica protegida a un miembro específico de su familia, y nosotros hubieramos prestamos nuestro consentimiento a dicha restricción, entonces no podremos divulgar su información médica protegida al miembro de la familia, aménos que usted decida dejar sin efecto dicha restricción.
- Derecho a recibir las comunicaciones de información médica protegida de manera confidencial. Estamos autorizados a rechazar dicha solicitud, a menos que usted nos advierta que su divulgación podría poner en peligro su vida. También podremos rechazar la solicitud si usted no ha proporcionado información sobre las formas de pago o si usted no hubiera proporcionado una dirección o información de contacto alternativa. Por ejemplo, si usted no quiere que su familia se entere sobre un determinado tratamiento médico que usted está recibiendo, usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted en un lugar determinado o a través de un medio específico, como por ejemplo, por medio de un sobre cerrado en vez de una tarjeta postal. Sin embargo, estamos autorizados a rechazar dicha solicitud en los casos ya descritos.
- Derecho a inspeccionar y copiar la información médica protegida que se utilice para tomar decisiones, decisiones de atención médica o decisiones de reclamos por la atención médica. Sin embargo, usted no tendrá derecho a inspeccionar o copiar las anotaciones de psicoterapia, o información recopilada con anticipación o que este siendo utilizada en procesos legales. Además, estamos autorizados a negarle el acceso para inspeccionar o copiar la información por las siguientes razones: (1) si un proveedor de servicios de atención de la salud con licencia hubiera llegado a la conclusión de que dicha inspección puede poner en peligro su vida o seguridad física o las de terceros; (2) si la solicitud fuera hecha por una persona detenida en una institución correccional; (3) si la información solicitada se hubiera obtenido durante la realización de un ensayo o investigación y dicho ensayo aun continuara en proceso; (4) si la Ley de Confidencialidad permite negar el acceso, y (5) si la información médica protegida fue provista por terceros sujetos a una promesa de confidencialidad.

Por ejemplo, puede solicitar por escrito que le permitamos inspeccionar o copiar cierta información médica protegida. Usted puede presentar dicha solicitud escrita en el mismo consultorio donde recibio nuestro tratamiento médico.

Derecho a corregir la información médica protegida, si fuera aplicable.

Por ejemplo, si usted cree que hay un registro incorrecto, podrá presentar una solicitud escrita para que se corrija su información médica protegida. Tenemos el derecho de rechazar dicha solicitud y de entregarle una justificación escrita de este rechazo.

Derecho a recibir un informe de las divulgaciones de información médica protegida.

Por ejemplo, puede solicitar que le entreguemos un informe escrito que detalle las divulgaciones que se realizaron sobre su información médica protegida que no corresponda a TPO. Usted esta autorizado a recibir solamente un informe de divulgación sin cargo cada doce meses y el periodo de información debe ser menor a seis (6) años. El informe que estamos obligados a presentar sólo debe consistir de una aclaración breve del propósito de la divulgación.

Derecho a obtener una copia impresa de esta notificación, aun cuando usted haya aceptado recibirlo de manera electrónica.

Por ejemplo, aun cuando usted haya acordado que le enviemos esta Notificación por correo electrónico, usted tiene el derecho de obtener una copia impresa del mismo, y deberá solicitarla por escrito.

#### **Deberes de los proveedores de servicios médicos**

- Estamos obligados por ley a hacer lo siguiente respecto de su información médica:
- Manener la confidencialidad de su información médica protegida
- Notificarlo de nuestros deberes legales y practicas de confidencialidad respecto de la información médica protegida (Esta Notificación )
- Debemos regirnos por los terminos de esta notificación que actualmente esta vigente,
- Estamos obligados a notificarlo sobre cualquier cambio en el texto por medio de un anuncio de dichos cambios publicado en algun sitio visible de nuestras instalaciones que sea accesible para usted. Expresamente nos reservamos el derecho de cambiar los terminos de esta notificación y de hacer que las condiciones de la nueva notificación sean efectivas para toda la información médica protegida que conservamos.

#### **Reclamos**

Si usted cree que se han violado sus derechos de privacidad, tiene el derecho de presentar un reclamo ante estas oficinas y ante Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Usted puede presentar su reclamo ante el Secretario en la siguiente dirección:  
US Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW,  
Washington DC 20201  
(202)619-0257

**Llamada sin cargo 1-877-696-6775**

No se tomarán represalias contra usted si hace un reclamo.

**Contacto**

Si necesita ponerse en contacto con alguna persona de nuestras oficinas por cuestiones relacionadas con la confidencialidad de su información médica protegida, deberá contactarse con la siguiente persona cuyos datos de contacto se detallan a continuación:

Nombre: Carol Hudziak

Cargo: Privacy Officer

E-Mail : [chudzi@co.waupaca.wi.us](mailto:chudzi@co.waupaca.wi.us)

**Fecha de vigencia**

Esta notificación tendrá efecto desde: Abril 14, 2003

**Dirección:**

Waupaca County Department of Health and Human Services

811 Harding Street

Waupaca, WI 54981