

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo la información médica de su salud puede ser usada y revelada, y cómo puede acceder usted esta información. Por favor, revísela cuidadosamente.

Se requiere que El Departamento de Salud de Dunn County proteja la privacidad de información médica personal y para darle este aviso que describe nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad. En general, cuando revelamos su información médica, tenemos que revelar solamente la información necesaria para lograr el propósito del uso o de la revelación. Este aviso describe los tipos de usos y revelaciones que podemos hacer y le da unos ejemplos. Se requiere que sigamos los procedimientos en este aviso. Reservamos el derecho de cambiar las prácticas de privacidad descritas y si lo hacemos, vamos a publicar el aviso revisado, hacer que las fotocopias estén disponibles bajo pedido y publicar el aviso en nuestro sitio de web. Seguiremos todos los requisitos federales y estatales que protegen su privacidad. Llame a **KT Gallagher** a **715-232-2388** para más información.

Uso permitido y Revelación

Podemos usar y revelar información médica personal de usted sin su autorización en las siguientes circunstancias:

1. Provisión de Tratamiento de Salud

Podemos usar y revelar información de usted para proveer, coordinar y manejar su salud médica y servicios relacionados. Por ejemplo, si proveemos la coordinación de cuidado de un embarazo, podemos usar información de salud personal en su registro para coordinar el tratamiento de salud con su médico.

2. Obtener Pago de Servicios

Podemos usar y revelar información para facturar y cobrar el pago por el tratamiento y los servicios proveídos a usted. Por ejemplo, si le proveemos con una vacunación de influenza, podemos usar información de salud personal para cobrar su seguro médico.

3. Operaciones de Salud Médica

Podemos usar su información para mejorar la calidad y eficiencia de cuidado que proveemos. Por ejemplo, podemos usar información de usted mientras revisamos las destrezas y el desempeño de proveedores de salud médica en el departamento de salud.

4. Participantes de Colaboración de Enfermeros Familiares

El Departamento de Salud de Dunn County forma una parte del Programa de Fundaciones de Familias de Visitante al Hogar del Departamento de Niños y Familias de Wisconsin. Como parte de ese programa, registramos su información en un sistema de datos electrónico, Aplicación de Datos e Solución de Integración para Los Primeros Años. El sistema es diseñado para mantener la seguridad de su información.

Su información puede ser usada para monitorizar, informar, evaluar y mejorar los servicios que usted y los demás reciben de nosotros. Su información no se comparte con otros proveedores. Su Información de Salud Individualmente Identificable no se registra en ningunos reportes.

La información que se registrará en el sistema incluye:

- Información de Salud Individualmente Identificable (Eg: nombre, género, fecha de nacimiento).
- Información de servicios que usted recibe (Eg: una revisión de salud, educación, visitas al domicilio).
- Información about assessments you receive as part of a service (Ex: respuestas a preguntas sobre necesidades de alojamiento, uso de tabaco o el control de embarazo).

5. Otras Circunstancias

Podemos usar y revelar información médica personal de usted bajo ciertas circunstancias sin su autorización. Éstas incluyen:

- Cuando el uso/la revelación se requiere por ley federal, estatal o de la localidad o otro procedimiento judicial/administrativo.

- Cuando el uso/la revelación sea necesaria para actividades de salud públicas para prevenir y/o controlar enfermedades, heridos o discapacidades.
- Cuando el uso/la revelación relaciona con las víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Cuando el uso/la revelación se relaciona con las actividades de la supervisión de salud relacionadas con la monitorización, investigación, inspección o la disciplina a los que trabajan aquí.
- Cuando la revelación relaciona con la muerte incluyendo la información proveída a los médicos forenses, a los forenses y a los directores de funeraria para la identificación, la determinación, la causa de muerte o los arreglos fúnebres.
- Cuando el uso/la revelación relaciona con la investigación médica y sólo después de un proceso especial de aprobación.
- Cuando el uso/la revelación es para evitar una amenaza seria a la salud o la seguridad de usted o del público.
- Cuando el uso/la revelación relaciona con las fuerzas armadas, la seguridad nacional y otras funciones gubernativas.
- Cuando el uso/la revelación relaciona con el cumplimiento con los programas de compensación de trabajadores.
- Cuando el uso/la revelación relaciona con los centros penitenciarios y otras situaciones de la custodia policiales.
- Cuando una persona identificada por usted necesita información relacionada con el cuidado, el pago o la notificación de su condición.
- Cuando la información se comparte para servicios de ayuda a damnificados tal como La American Red Cross.
- Cuando la información se usa para proveer los avisos de citas.
- Cuando la información se usa para proveerle a usted con los tratamientos, los servicios, los productos o los proveedores para manejar o coordinar su seguro médico.

La Autorización Requerido para Revelación

Cualquier otro uso u otra revelación de información de salud personal de usted requiere su autorización escrita y/o el consentimiento fundamentado como dirigido en el estatuto estatal y federal. En las circunstancias no mencionadas arriba, vamos a pedir que cumpla y firme usted un formulario de Consentimiento/Autorización para usar o revelar su información de salud personal. Si firma usted esta Autorización, usted puede cancelar esto después por escrito y no vamos a revelar más información de salud personal. Si usted quiere retirar la autorización, por favor llame a **KT Gallagher a 232-2388**.

Sus Derechos de Información de Salud Personal

Usted tiene muchos derechos con respecto a su información de salud personal. Si usted quiere ejercer cualquier de estos derechos, por favor llame a **KT Gallagher a 232-2388**. Usted tiene el derecho de:

1. Inspeccionar y fotocopiar su información de salud con un pago razonable cobrado por las fotocopias.
2. Pedir correcciones a su información de salud personal por una respuesta escrita incluyendo las razones por las que la información debe ser cambiada. Tenemos la capacidad de negar su pedido.
3. Pedir restricciones de ciertos usos y revelaciones de su información de salud. No tenemos que estar de acuerdo con sus pedidos.
4. Pedir maneras diferentes para comunicar con usted sobre información de salud personal tal como contactarle a un número telefónico particular. Su pedido debe ser por escrito y por mandamiento tenemos que admitir pedidos razonables.
5. Recibir un registro escrito de revelaciones hechas de su información de salud personal hasta a seis años antes de su pedido (no se incluyen revelaciones antes del 14 de abril, 2003). Por mandamiento tenemos que documentar todas las revelaciones excepto los que se mencionaron en las secciones arriba relacionadas con el tratamiento, la facturación, las operaciones de seguro médico y otras ciertas circunstancias. Cuando un formulario de Autorización se completa documentamos en esta lista, la fecha de revelación, a quien recibió la información, una breve descripción de la información revelada y por qué se reveló. Tenemos que cumplir esto dentro de 60 días.
6. Obtener una fotocopia de este aviso. Nosotros proveemos una fotocopia no más tarde de la fecha cuando recibiste servicio la primera vez excepto en una emergencia.

Quejas

Usted puede registrar una queja de nuestras prácticas de privacidad con nosotros y con El Departamento Federal de Salud y Servicios Sociales si a usted parece que sus derechos de privacidad han sido transgredidos. No vamos a tomar represalias por registrar tal queja. Usted puede llamar a **KT Gallagher a 715-232-2388** para más información.

La fecha de vigencia de Este Aviso de Prácticas de Privacidades es 10/23/2019.