

Aviso de Privación del Condado de Waushara

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MEDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADO Y REVELADO Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. PORFAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE. LEYES DEL ESTADO Y/O FEDERAL PUEDEN PROHIBIR Y/O RESTRINGIR ALGUNAS DE LA DIVULGACIONES LISTADAS ABAJO.

El condado de Waushara debe mantener la privacidad de su información personal de salud y entregarle este aviso que describe nuestros deberes legales y practicas privadas en relación a su información personal de salud. En general, cuando nosotros soltamos su información personal de salud, nada mas que la información **necesitada para conseguir el proposito del uso o revelación**. De cualquier modo, toda su información personal de salud, excepto a lo que se indica abajo, estara disponible para soltar a usted, a un proveedor tocante su tratamiento o tocante de un requieimiento legal. Es necesario seguir las practicas de privación descritas en este aviso.

De cualquier modo, nosotros reservamos el derecho para cambiar las practicas de privacidad descritas en este aviso, en acuerdo con la ley. Cambios sobre nuestras practicas de privación aplicara a toda la información que nosotros ya tenemos sobre usted, como cualquier otra información que creamos o recibimos en el futuro. Si nosotros cambiamos nuestra practica de privación, le daremos una copia revisada del aviso de privación.

Sin su autorización por escrito, podremos utilizar su información de salud por los siguientes propósitos:

Tratamiento. Al extento permitido por la ley del estado y federal, individuos y programas dentro del Condado de Waushara pueden compartir información de salud sobre usted en orden de coórdinar los servicios que usted necesita, tal como exámenes clínicos, terapia, servicios nutricionales, medicamentos, hospitalización o cuidado, tales como enfermeras, técnicos de emergencia médica, integrantes de la profesión para médicos, doctores, terapeutas, y trabajadores sociales pueden utilizar su información para determinar si su tratamiento es médicamente necesario o para asegurar que el propio tratamiento es dado.

Pago. En orden que una compañía de aseguranza pague por su tratamiento, necesitamos someter una factura que lo identifique a usted, su diagnóstico y el tratamiento proveído para usted. Como resultado, pasaremos tal información de salud sobre un asegurador en orden de ayudar recibir pago para su facturas médicas. Si las cuentas pendientes no están pagadas a tiempo, información puede ser compartida con nuestra Corporación de Consul con el propósito de coleccionar pago. También podremos compartir su información, cuando apropiado, con otros programas de gobierno tal como Compensación de Trabajadores, Administración de Seguro Social, Medicaid, Medicare, Servicios de Salud de Indios en orden de coórdinar sus beneficios y pagos.

Operaciones de cuidado de salud. Podríamos necesitar su diagnóstico, tratamiento e información del resultado en orden de mejorar la calidad o costos de cuidado que servimos. Estas actividades de mejorar la calidad y costos pueden incluir evaluando el funcionamiento de sus doctores, enfermeras, y otros profesionales del cuidado de salud o examinando la efectividad de tratamiento proveído a usted cuando comparado a pacientes en situaciones similares.

Podemos compartir la información de salud con ciertas individuales o agencias con quien contratamos para ejecutar funciones en nuestra parte. Por ejemplo, tales individuales y agencias pueden usar su información para ejecutar manejo de casos, coórdinación de cuidado u otro asesamiento y actividades complementarias. El Condado de Waushara requiere que estos individuos y agencias cumplan con el mismo nivel de confidencialidad y seguridad tal como nuestro Departamento cuando manejando su información de salud.

1 Este aviso de Privación es propiedad literaria © 2002 de parte de HIPPA Colaborativo de Wisconsin (“HIPAA COW”) y modificada por el condado de Waushara Abril 9, 2003

Ademas, podriamos querer usar información encontrada en su archivo medical, tal como su nombre, domicilio, numero telefonico y fechas de tratamiento, o comunicarnos con usted con propositos para recaudar fondos. Por ejemplo, en orden de proveer menos cuotas de cuidado para mejorar la salud de su comunidad, podriamos querer recaudar dinero adicional y en ese tiempo tratar de comunicarnos con usted para una donación. *Al negarse de ofrecer una donación no le afectara la cantidad o calidad de cuidado que usted recibira en el condado de Waushara.*

Como requerido o permitido por ley. A veces debemos reportar alguna de su información de salud a las autoridades legales, tal como oficiales de observancia de la ley o otras agencias gubernamentales. Por ejemplo, tendríamos que reportar abuso, descuido de niños, violencia domestica, o ciertos daños físicos o responder a una orden de corte.

Para actividades de Salud Publica. Podriamos ser requeridos a reportar su informacion de salud a autoridades para ayudar prevenir o controlar enfermedad, dano, discapacidad. Esto puede incluir utilizando su archivo medical para reportar información de ciertas enfermedades, daño, nacimiento o fallecimiento, información de preocupación con la Administración de Alimentos y Drogas o información en relación a el abuso de niños o descuido. Tambien podriamos tener que reportar a su patron sobre ciertas enfermedades relacionadas al trabajo o daños para que el lugar de trabajo pueda ser vigilada para seguridad.

Para actividades de vigilancia sobre salud. Podriamos revelar su información de salud a la autoridades para que vigilen, investigen, inspecten, disciplinen, o permiten a los que trabajan en el sistema del cuidado de salud o para programas de beneficio gubernamental.

Para actividades relacionados a fallecimiento. Podriamos revelar una porcion de su información de salud a pesquisidores, examinadores medicales, y directores de funerales para que sigan adelante con sus deberes a relación a la muerte, tal como identificando el cadaver, determinando la causa de muerte o en el caso de los directores de funerarias, que sigan adelante la actividades para preparar el funeral.

Para donación de organos, ojos, o tejido. Podriamos revelar una porcion de su información de salud a gente involucrada en obteniendo, guardando o transplante de organos, ojos, o tejido de cadaveres para propositos de donación.

Para investigación. Bajo ciertas circunstancias, y solamente de su aprobación, podriamos revelar su información de salud para ayudar la conducta de investigación. Tales investigaciones pueden ser para tratar de averiguar si ciertos tratamientos son efectivos en curando una enfermedad.

Para evitar serias amenazas a la salud y seguridad. Como requerido por ley y criterio de la etica de conducta, podriamos revelar su información a las propia autoridades si creémos, en buena fe, que tal revelación es necesaria para prevenir or desminuir una seria y aproximada amenaza a su salud y seguridad igual a la del publico.

Para el servicio militar. Si usted es un veterano, un miembro activo de la fuerzas armada o en cualquier manera involucrado con el militar, podriamos revelar su informacion de salud como requisito de orden militar o a las autoridades de administración de veteranos.

Para seguridad nacional y protección de el Presidente. Podriamos revelar su informacion de salud a un oficial federal autorizado o otras personas autorizadas para propositos de seguridad nacional, actividades de inteligencia, suministrando protección para el presidente o para conducir investigaciones especiales, como autorizado por ley.

Para un instituto de corrección o ejecución de la ley. Si usted es preso o usted esta bajo custodia de la los oficiales de ejecución de la ley, podríamos revelar su información de salud al instituto de corrección o un oficial de ejecución de la ley. La información revelada debe ser necesaria para la institucion o oficial para proveerle cuidado de salud, protección de su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros o para la salud y seguridad del instituto de corrección o para el oficial/agencia de ejecución de la ley.

Para los que estan involucrados con su cuidado or pago de su cuidado. Si gente tal como familiares, relativos o amistad personal estan ayudando cuidar por usted o ayudandole pagar por sus cuentas medicales, podríamos revelar información de salud importante sobre usted a esa gente. La información revelada a esta gente puede incluir su condición en general o muerte. Usted tiene el derecho de renunciar tal revelación, solamente que usted no esta disponible a funcionar o por alguna emergencia. Además, podríamos soltar su información de salud a organizaciones autorizadas a manejar esfuerzos de ayuda de disatres para los que estan cuidando de usted puedan recibir información sobre su localización o estatus de salud. Podríamos permitir que usted revele su consentimiento por palabra a tales revelaciones, solamente si hay una emergencia.

NOTA: El condado de Waushara provee una gran variedad de cuidado de salud y servicios sociales para la gente del condado de Waushara. Por esta razon, no todo los tipos de usos y revelaciones pueden ser descritos en este documento, pero la mayoría de las maneras que estamos permitidos para utilizar y revelar su información de salud caera dentro de unas de las categories arriba.

NOTA: En excepto para las situaciones enlistadas arriba, nosotros debemos obtener su autorización especificar en escrito para cualquier otra revelación de su información de salud. Debemos darle tratamiento aunque usted renuncia en firmar una forma de autorización. Si usted firma una forma de autorización, porfavor someter su retiro a: Patti Wohlfeil, Waushara County Public Health, PO Box 837, Wautoma, WI 54982 or (920) 787-6590

Si usted revoca una autorización, nosotros no revelaremos mas su información de salud a los recipientes autorizados, excepto al extento de que hemos utilizado o revelado esa información en relación de la autorización original.

SUS DERECHOS DE SU INFORMACIÓN DE SALUD

Usted tiene varios derechos tocante su información de salud. Si usted desea a ejercitar cualquier de los siguientes derechos, porfavor comuníquese con: **Patti Wohlfeil, Waushara County Public Health, PO Box 837, Wautoma, WI 54982 o al numero telefónico (920) 787-65909**

Específicamente, usted tiene el derecho de:

Inspeccionar y copiar su información de salud. Con algunas exepciones, usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de su información de salud. Todas las copias deben ser copiadas por el Condado de Waushara. Usted no sera permitido a remover su información de las premises para inspeccion o para hacer usted sus copias. **Este derecho no aplica a las notas de psicoterapia o información juntada por procedimientos judiciales.** Además, le podríamos cobrar una cuota razonable, si usted quiere una copia de su información de salud.

Pedir que se corrija su información de salud. Si usted cree que su información de salud es incorrecta, usted puede pedirnos que corriremos su información. Usted puede ser requerido para hacer sus pedimientos en escrito y dar una razon al porque su información de salud debe ser corregido. Una corrección puede incluir un cambio o agregación a su información de salud. Pero, si su información es correcta, nosotros le podríamos negar su petición. Ninguna corrección resultaria en documentacion original incluyendo en los archivos del Condado de Waushara siendo borrados.

Pedir restricciones en ciertos usos y revelaciones. Usted tiene el derecho para pedir restricciones en como su información de salud es utilizada o a quien su información es revelada., aunque si su restricción afectara su tratamiento o nuestro pago o actividades de la operación del cuidado de salud.. Tambien, si usted desea limitar la información de salud proveída a familia o amistades involucrados en su cuidado o involucrados en los pagos de sus facturas medicales.

3 Este aviso de Privación es propiedad literaria © 2002 de parte de HIPPA Colaborativo de Wisconsin ("HIPAA COW") y modificada por el condado de Waushara Abril 9, 2003

Usted también quedará limitada la información de salud proveída a las autoridades involucradas con ayuda en esfuerzos de desastres. Pero, no estamos requeridos a estar de acuerdo en todas las circunstancias a su restricción de pedimientos.

Si usted recibe ciertos aparatos o equipo médico (por ejemplo, aparatos de sostención de vida o equipo utilizado fuera de nuestra facilidad), usted puede renunciar a soltar su nombre, domicilio, número de teléfono, número de seguro social u otra información identificando el propósito de localizando el aparato o equipo médico.

Como aplicable, recibiendo comunicación confidencial de información de salud. Usted tiene el derecho de pedir que comuniquemos su información de salud a usted en diferentes maneras o lugares. Por ejemplo, usted puede pedir a recibir información sobre el estatus de su salud en persona, sobre una carta escrita enviada a un domicilio diferente, solamente en el trabajo o por correo electrónico. Nosotros trataremos de acomodar solicitudes razonables.

Recibir un archivo de revelaciones sobre su información de salud. En unos instantes limitados, usted tiene el derecho de pedir una lista de las revelaciones de su información de salud que hemos hecho durante los previos seis (6) años, pero el pedido no puede incluir fechas antes de Abril 14, 2003. Esta lista incluye la fecha de cada revelación, quien recibió la revelada información de salud, un breve descripción de la información de salud, y la razón porque fue revelada la información. Nosotros debemos acceder con su solicitud por una lista dentro de 60 días, solamente que usted este de acuerdo a una extensión de 30 días y no le cobraremos por esa lista, solamente que usted solicite tal lista más que una vez por año. En adición, no incluiremos en la lista, revelaciones hechas por usted o por el propósito de tratamiento, pagos, operaciones de cuidado de salud, seguridad nacional, esfuerzo/correcciones de leyes y ciertas actividades sobrevistas.

Obtener una copia de este aviso. Sobre su solicitud, usted puede en cualquier tiempo recibir una copia de este aviso, aunque si usted antes estaba de acuerdo en recibir esta aviso electrónicamente. Este aviso de privación es disponible también en nuestro website localizado en www.co.waushara.wi.us.

Quejas. Si usted cree que sus derechos de privación han sido violados, usted puede presentar una queja con nosotros y/o con la federal Departamento de Salud y Servicios Humanos. Nosotros no tomaremos represalias en contra de usted si usted presenta tal queja. Para presentar una queja con cualquier entidad, por favor comuníquese con el Corporación de Consul del Condado de Waushara, Ruth Zouski, quien le proveera con la asistencia necesaria y papeles adecuados.

Ruth Zouski, Corporation Counsel
209 South Saint Marie Street, Room 204
Post Office Box 300
Wautoma, WI 54982
Telephone: (920) 787-0409
Facsimile: (920) 787-0435

Si usted tiene algunas preguntas o preocupaciones tocante sus derechos de privación o la información en este aviso, por favor comuníquese con Ruth Zouski, Waushara County Corporate Counsel.

Este aviso de Privación del Condado de Waushara es Efectivo desde Abril 14, 2003.

4 Este aviso de Privacion es propiedad literaria © 2002 de parte de HIPPA Colaborativo de Wisconsin ("HIPAA COW") y modificada por el condado de Waushara Abril 9, 2003