

Aviso de Prácticas de Privacidad

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE ESTE AVISO: 23/9/13
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE ESTE AVISO: 14/12/12
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE ESTE AVISO: 1/1/10
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE ESTE AVISO: 1/12/08
FECHA ORIGINAL DE ENTRADA EN VIGOR: 14/4/03

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO DETALLADAMENTE.

INTRODUCCIÓN AL AVISO DE GHC-SCW DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Cada vez que usted visita Group Health Cooperative of South Central Wisconsin (GHC-SCW) para recibir servicios médicos, se documenta en su historial médico electrónico. Dicho historial contiene información sobre su identidad e información financiera, así como síntomas, diagnósticos, resultados de pruebas, una descripción de su examen médico y un plan de tratamiento. Este documento se conoce con frecuencia como su “historial médico” o su “información médica.” GHC-SCW también puede guardar su información en un documento impreso. Su información médica se usa para: (1) planificar su atención y tratamiento médico; (2) comunicación entre sus proveedores médicos; (3) como documento legal en donde se describe la atención médica que usted ha recibido; (4) como una manera en la que usted o su compañía aseguradora pueden verificar los servicios proveídos; (5) para asistir a GHC-SCW en la revisión y mejora de la atención médica y de los resultados; y (6) para otras actividades similares que permiten a GHC-SCW llevar a cabo eficazmente sus actividades comerciales y proporcionarle a usted una atención médica de alta calidad.

Este Aviso le brinda la siguiente información importante:

- Cómo usamos y divulgamos su información médica protegida
- Sus derechos a la privacidad en cuanto a su información médica protegida
- Nuestras obligaciones cara a usted en cuanto al uso y a la divulgación de su información médica protegida

Los términos de este Aviso son aplicables a todos los registros designados de GHC-SCW que contengan su información médica protegida (PHI por sus siglas en inglés) y que estén creados y mantenidos por nuestra organización. Nos reservamos el derecho de revisar o modificar nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad (Aviso). Cualquier revisión o enmienda al Aviso será efectivo para todos los registros creados o mantenidos en el pasado, así como para cualquier registro que creemos o mantengamos en el futuro. Pondremos una copia de nuestro Aviso más reciente en un lugar prominente de cada una de nuestras instalaciones. También publicaremos una copia de nuestro Aviso más reciente en el sitio web de nuestra organización. GHC-SCW cumplirá los términos del Aviso actualmente en vigor. En cualquier momento podrá solicitar una copia de nuestro Aviso más reciente. Podrá acusar recibo de este Aviso.

EL DEBER DE LOS PROVEEDORES MÉDICOS DE GHC-SCW DE PROTEGER SU INFORMACIÓN MÉDICA

Bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (una ley federal conocida también como “HIPAA,” según las siglas en inglés), los proveedores médicos de GHC-SCW están obligados a mantener su información médica de forma confidencial, y a proporcionarle a usted este aviso. Este aviso describe cómo los proveedores médicos de GHC-SCW usan y revelan su información médica. Los proveedores de GHC-SCW forman parte de un grupo de varios tipos de profesionales de la salud, como médicos, asistentes médicos, enfermeras especializadas, enfermeras, técnicos de laboratorio, y otros miembros del personal clínico y administrativo. Su información médica también puede ser proveída a otros profesionales de la salud contratados por GHC-SCW, como los especialistas de UWHC y otras organizaciones médicas que participan en su atención y tratamiento médico.

GHC-SCW guarda su información principalmente en un formato electrónico que está protegido por rigurosos mecanismos de seguridad y privacidad. Los proveedores médicos toman sus datos médicos y crean, mantienen, usan y revelan su información médica.

PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE GHC-SCW

GHC-SCW provee atención y administra beneficios de seguro médico para nuestros miembros en colaboración con médicos y otros profesionales y organizaciones. Las siguientes personas y entidades cumplen con nuestras prácticas de privacidad:

- Todos nuestros profesionales de la salud que le dan tratamiento a usted en una de nuestras instalaciones;
- Todas las instalaciones y los departamentos que forman parte de nuestra organización; y
- Todos los miembros de nuestra fuerza laboral, incluyendo a los empleados, estudiantes, contratistas, intérpretes y las personas en prácticas

ARCHIVO MÉDICO COMPARTIDO

Participamos en un acuerdo regional de organizaciones de salud que han aceptado trabajar en equipo para facilitar acceso a información médica que podría ser relevante a su atención. Por ejemplo, si usted está internado en un hospital por una emergencia y no puede proveer información importante sobre su estado de salud, este acuerdo regional nos permitirá entregar su información médica de otros participantes a los que necesitan dicha información para su tratamiento en el hospital. Acceso rápido a su información médica en el momento oportuno significa mejor atención médica para usted. Almacenamos información médica sobre nuestros pacientes en un archivo médico electrónico compartido con otros proveedores de atención médica que participan en este acuerdo regional. Usted puede ponerse en contacto con GHC-SCW al (800) 605-4327, el Departamento de Servicios a los Miembros, para obtener una lista de los proveedores de atención médica que participan en el archivo médico electrónico compartido.

CÓMO GHC-SCW USARÁ Y DIVULGARÁ SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Estamos comprometidos en asegurar que nuestra organización use su información responsablemente. Juntamos su información médica y la almacenamos en archivos electrónicos. GHC-SCW podrá usar o revelar su información médica con las siguientes finalidades:

1. **Tratamiento.** Podemos usar o revelar su información médica para fines de tratamiento sin su autorización. En el transcurso del tratamiento, puede ser que sea necesario compartir su información médica con médicos, asistentes médicos, enfermeras especializadas, enfermeras, personal del laboratorio y de radiología y otras personas involucradas en su atención y tratamiento, por ejemplo, si le trasladan a un hospital.
2. **Funciones de pago.** Su información puede ser utilizada sin su autorización para determinar su elegibilidad para recibir los beneficios del plan de salud, para obtener primas, para facilitar el pago y los servicios que usted recibe de otros proveedores médicos, para determinar la responsabilidad del plan de salud con respecto a los beneficios, y para coordinar los beneficios. Por ejemplo, las funciones de pago pueden incluir la revisión de la necesidad médica de recibir servicios médicos, determinar si un tratamiento en particular es experimental o de investigación, o determinar si un tratamiento está cubierto bajo su plan de salud.
3. **Operaciones de atención médica.** Su información médica puede ser utilizada sin su autorización para operaciones de atención médica, tales como garantizar los beneficios de salud y recibir una atención médica rentable y de alta calidad. Dichas operaciones pueden incluir actividades para evaluar el rendimiento de los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud, o para examinar la eficacia de un tratamiento que se le haya proveído en comparación con otros pacientes en situaciones similares. Otras operaciones son, entre otras, emisiones de seguros, clasificación de primas y otras coberturas para la clasificación de planes de salud, actividades para la mejora de la calidad, presentación de reclamaciones bajo cobertura de compensación por pérdidas, realización o preparación para revisiones médicas, servicios jurídicos, auditorías y planificación comercial.

4. **Información suministrada a usted y para usted.** Podríamos usar su información médica para comunicarnos con usted acerca de recordatorios de citas, resultados de pruebas e información sobre tratamientos y opciones de cuidado médico. Nuestras comunicaciones con usted pueden ser por vía telefónica, a través de GHCMYChart, en persona, por correo o por otros canales seguros de comunicación.
5. **Recordatorios de citas.** Podremos ponernos en contacto por teléfono con usted para recordarle o notificarle cambios en sus citas, notificarle eventos como consultorios de la gripe y avisos, y para darle a conocer información con el objetivo de proporcionarle una atención y tratamiento médico de alta calidad. Este tipo de contactos pueden ser transmitidos en formato electrónico o a través de una llamada de teléfono a usted u otros métodos de comunicación. GHC-SCW le dejará un mensaje en su contestador automático, correo de voz, o cuando sea apropiado, a otra persona que conteste su teléfono. Si usted tiene preferencias específicas (por ejemplo, dejar mensajes sólo en su teléfono celular) o si desea optar por no tomar parte en los recordatorios por teléfono, por favor póngase en contacto con el Departamento de Servicio a los Miembros de GHC-SCW llamando al (608) 828-4853 ó (800) 605-4237.
6. **Cuando se requiera por ley.** Cuando se requiera por ley estatal o federal, con o sin su autorización, GHC-SCW debe proveer su información médica. Por ejemplo, cuando un tribunal ordena una petición en un proceso de litigio.
7. **Instituciones penales.** Si usted es un preso en una institución penal, podremos divulgar a la institución la información médica de usted que sea necesaria para su salud y la salud y la seguridad de otros.
8. **Cumplimiento de la ley.** Para identificar a un sospechoso, fugitivo, testigo clave o persona en paradero desconocido; para cumplir con la orden o citación de un tribunal, o con otras actividades relacionadas con el cumplimiento de la ley.
9. **Víctimas de abuso, negligencia o violencia.** Podremos divulgar su información a una autoridad gubernamental autorizada por la ley a recibir informes de abuso, negligencia o violencia relacionada con niños o personas ancianas.
10. **Salud pública.** Tal como lo exige la ley, podremos divulgar su información médica a las autoridades de salud pública para fines relacionados con: la prevención o el control de una enfermedad, lesión o discapacidad; informes de abuso o negligencia de niños o personas ancianas; informes de violencia doméstica; informes a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) u otras agencias gubernamentales sobre productos o reacciones a medicamentos; e informes sobre exposiciones a enfermedades o infecciones contagiosas.
11. **Actividades de supervisión de la salud.** A agencias de supervisión de la salud durante el transcurso de auditorías, investigaciones, inspecciones, licencias, certificaciones y otros.
12. **Procesos judiciales y administrativos.** Durante el transcurso de cualquier proceso judicial o administrativo.
13. **Forenses, Médicos Forenses:** Podemos revelar su información a forenses o médicos forenses y directores de funerarias. Podemos revelar esta información para identificar y/o investigar a una persona fallecida o para determinar la causa de una muerte.
14. **Donación de órganos y tejidos.** A organizaciones que participan en la obtención, almacenamiento o transplante de órganos y tejidos.
15. **Seguridad pública.** Para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud y seguridad de una persona en particular o del público en general.
16. **Seguridad Nacional.** Para fines relacionados con beneficios para las fuerzas armadas, la seguridad nacional, los presos y el gobierno.
17. **Compensación al trabajador.** Para cumplir con la ley de Compensación al Trabajador o con leyes similares.
18. **Revelación a los garantes del plan.** Información acerca de su suscripción o su baja al garante de su plan de salud de grupo, con la finalidad de administrar los beneficios.
19. **Investigación.** Para llevar a cabo investigación. Tal uso o revelación ocurre sólo bajo ciertas circunstancias y mediante un consentimiento específico.
20. **Márketing de información sobre la salud.** Podemos usar su información médica para darle información sobre otros tratamientos, beneficios y servicios relacionados con la salud que proveemos y que podrían serle de interés. Si no quiere que GHC-SCW use su información para este fin, puede notificarnos llamando al (800) 605-4327, extensión 4237, el Director de Privacidad de GHC-SCW.

21. **Disponibilidad de información sobre la salud después del fallecimiento.** GHC-SCW podría usar o divulgar su información médica protegida sin su autorización 50 años después de la fecha de su fallecimiento. Si desea restringir tal uso y divulgación, vea “Solicitud de restricciones” más abajo.
22. **A aquellas personas relacionadas con su atención médica o con el pago de su atención médica.** A un miembro de su familia u otra persona que usted haya especificado por adelantado para dicha revelación. GHC-SCW requiere que casi todos los pacientes adultos llenen y entreguen por adelantado un formulario de Autorización para Revelar Información Médica Protegida que provea específicamente su autorización por escrito para que GHC-SCW pueda comunicarse con este otro individuo (por ejemplo, si usted quiere que GHC-SCW se comunique libremente con su esposo/a o con otros acerca de cualquier aspecto de su atención y tratamiento médico). Si a usted se le da la oportunidad de oponerse a esta revelación y usted expresa dicha objeción, o si se deduce razonablemente de las circunstancias, los proveedores de GHC-SCW determinarán, a su juicio profesional, cómo se deberá llevar a cabo la interacción. Si usted no está presente, o si la oportunidad de que usted acepte o rechace la revelación no se presenta de forma práctica debido a una circunstancia de discapacidad o emergencia, GHC-SCW determinará si la revelación de información relevante está en su interés. Podremos revelar información acerca de usted a una entidad que asista en esfuerzos de ayuda ante desastres para poder informar a su familia acerca de su condición, estado y localización.

*La Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 (GINA) prohíbe la discriminación basada en la información genética de una persona en lo que se refiere a la cobertura médica y al empleo. La sección 105 contiene una estipulación titulada “Privacidad y confidencialidad” que el Departamento de Servicios Humanos (DHS por sus siglas en inglés) usa para proponer modificaciones que podrían: declarar inequívocamente que “la información genética es información médica”; prohibir el uso o divulgación de información médica protegida (PHI) que sea información genética por parte de planes de salud con fines de contratación de seguros; enmendar el Aviso de Prácticas de Privacidad para planes de salud que emitan contratos de seguro; realizar modificaciones a las definiciones y actualizar la definición de “plan de salud”. Para más información, visite <http://edocket.access.gpo.gov/2009/E9-22492.htm>.

CUÁNDO GHC-SCW ESTÁ OBLIGADA A OBTENER UNA AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Excepto como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad, GHC-SCW no usará ni divulgará su información médica protegida sin su autorización escrita. Por ejemplo, los usos y divulgaciones realizados con fines de psicoterapia, márketing y venta de información médica protegida requieren su autorización. Si usted nos autoriza a usar o divulgar su información médica con otros fines, podrá revocar su autorización por escrito en cualquier momento. GHC-SCW no divulga información médica individual específica a los patrocinadores del plan. También es su derecho el revocar una autorización previamente presentada. Dicha revocación debe ser presentada por escrito y GHC-SCW no la aplicará a información previamente divulgada.

DECLARACIÓN DE SUS DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN MÉDICA

Usted tiene derecho a:

1. **Revisar y Copiar su Información Médica.** Usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información médica. Tiene derecho a pedir que se le entregue una copia en un formato electrónico (por ejemplo, PDF grabado en un DVD). Si no se puede producir el formulario y el formato fácilmente, GHC-

SCW trabajará con usted para proveerlo en un formato o formulario razonable. Esto no es aplicable a notas de psicoterapia, que el profesional de la salud mental mantiene para su uso personal.

2. **Solicitud de restricciones.** Tiene derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo se usa su información o a quién se divulga su información, incluso si dichas restricciones afectan a su tratamiento, pago o a las operaciones de atención médica. No estamos obligados a estar de acuerdo en todas las circunstancias con las restricciones que usted solicite, excepto en casos de una divulgación restringida a un plan de salud si la divulgación es con el propósito de llevar a cabo tratamientos u operaciones de atención médica y si no lo requiere la ley; y si la información médica protegida (PHI por sus siglas en inglés) pertenece únicamente a un asunto o servicio de atención médica por el cual usted, o una persona diferente del plan de salud en su nombre, ha pagado la entidad cubierta al completo. Si desea solicitar restricciones, deberá presentar su solicitud por escrito ante el Director de Privacidad de GHC-SCW llamando al (608) 662-4899.
3. **Solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a pedirnos que le comuniquemos su información médica protegida de diferentes maneras o en diferentes lugares. Por ejemplo, usted puede querer recibir información sobre su salud en el trabajo, en vez de en la casa. Para pedir comunicaciones confidenciales, deberá presentar su solicitud por escrito ante el Director de Privacidad de GHC-SCW llamando al (608) 662-4899.
4. **Solicitar una modificación en su historial.** Si usted cree que su información médica protegida es incorrecta o incompleta, deberá presentar una solicitud por escrito para que se corrija el historial. Una vez recibida la solicitud, GHC-SCW aprobará o denegará su solicitud. Le informaremos de nuestra decisión y tendrá derecho a apelar esta decisión.
5. **Historial de Revelaciones.** Tiene derecho a pedir una lista de las revelaciones de su información médica protegida que GHC-SCW ha realizado durante los últimos seis años, sin incluir las fechas previas al 14/4/03. Cumpliremos con su solicitud dentro de un plazo de 30 días a menos que usted esté de acuerdo con una extensión de 30 días. No incluiremos en la lista ninguna revelación hecha a usted o con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, conjuntos limitados de datos, seguridad nacional, cumplimiento de la ley o correcciones, y ciertas actividades de supervisión de la salud.
6. **Notificación de una Violación de la Privacidad.** La ley exige que GHC-SCW mantenga la privacidad de su información médica protegida y que le dé a usted un aviso sobre las responsabilidades legales y las prácticas de privacidad de GHC-SCW en lo que concierne a la información médica protegida y que le notifiquemos a usted después de una violación de la privacidad de su información médica protegida.
7. **Reciba una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.** Recibirá una copia de este Aviso en su Folleto de Información para Miembros una vez que se inscriba. Dicho documento también está disponible de las siguientes maneras:
 - a. Obténgala en el quiosco del Aviso de Prácticas de Privacidad en el área designada a la entrada de su clínica.
 - b. Póngase en contacto con el Director de Privacidad llamando al (608) 662-4899.
 - c. Visite nuestro sitio web www.ghcscw.com.

CAMBIOS EN EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

GHC-SCW puede cambiar este Aviso de Prácticas de Privacidad y avisarle si realizamos cualquier cambio substancial. Hasta ese momento, la ley requiere que GHC-SCW cumpla con la versión actual de este Aviso.

QUEJAS SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE GHC-SCW

Las quejas sobre este Aviso o sobre cómo usamos o revelamos su información médica protegida deben ser dirigidas al Director de Privacidad llamando al (608) 662-4899. Tiene derecho a presentar una queja ante GHC-SCW, y el hacerlo no afectará su atención y tratamiento médico, ni tampoco tomaremos represalias contra ninguna persona por haber presentado una queja. También tiene el derecho a presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles en <http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/>.

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Para nosotros aquí en GHC-SCW, la privacidad de su información médica protegida es un asunto importante. En este envío, le hemos proporcionado el Aviso de Prácticas de Privacidad. Dicho documento describe sus derechos de privacidad y las responsabilidades de GHC-SCW. Le pedimos firmar y devolver este acuse de recibo para confirmar que ha recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad. Sin embargo, usted tiene la opción de firmar y devolver el formulario o no; no es obligatorio firmar y devolverlo y optar por no hacerlo no afectará su atención y tratamiento de ninguna manera.

Por la presente acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de GHC-SCW.

Apellido(s) del paciente

Nombre del paciente

N° de Miembro de GHC

Firma del paciente o Representante

Fecha de la firma

Preguntas frecuentes sobre el Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

P: ¿Por qué me dan este Aviso?

R: Por dos razones: (1) pensamos que es importante que entienda cómo usamos su información médica; y (2) HIPAA, una ley federal, requiere que le suministremos esta información.

P: ¿Tengo que leer esto?

R: No, es opción suya. Puede guardarlo en sus archivos personales o desecharlo si lo desea.

P: No me gusta firmar cosas. ¿Tengo que firmarlo?

R: No, es opción suya. Optar por no firmar no afectará a su atención médica y tratamiento de ninguna manera.

P: ¿Qué pasa si elijo no firmar?

R: Si opta por no firmar, no tendrá ningún impacto sobre la atención o el servicio que reciba en GHC-SCW.

P: Me parece que acabo de firmar uno de estos. ¿Tengo que firmar otra vez?

R: No.

P: ¿Tienen que firmar todos los miembros de mi familia?

R: Si opta por firmar, cada adulto debe firmar por sí mismo. Los padres o tutores legales deben firmar un formulario por separado para cada hijo menor de 18 años (cada uno de ustedes debería haber recibido su propio formulario por correo).

Recuerde, debemos ofrecerle que firme el formulario, pero no es necesario que usted lo acepte.

P: ¿Puedo firmar por mi esposo/a, hijo adulto o familiar anciano?

R: Es preferible que cada adulto firme por sí mismo, a menos que le resulte imposible a una persona firmar por sí misma.

Envíe el formulario completado por correo, por fax o por correo electrónico a:

GHC-SCW Privacy Officer
1265 John Q. Hammons Drive,
Madison, WI 53717

○

Por fax al (608) 662-4965

○

Por correo electrónico como un anexo tipo PDF a jcoleman@ghcscw.com

¿Preguntas? Póngase en contacto con el Director de Privacidad llamando al (608) 662-4899.