

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA CIUDAD DE MADISON

ESTE AVISO DESCRIBE COMO PUEDE SER USADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE. LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

Nuestro Obligación Legal

Estamos obligados por las leyes federales y estatales aplicables a mantener la privacidad de su información médica. También estamos obligados a darle a usted este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos con respecto a su información médica. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras esté en vigencia. Este aviso entró en vigor el 14 de abril de 2003, y permanecerá en vigor, a menos de que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando tales cambios estén permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho a hacer cambios a nuestras prácticas de privacidad y a los nuevos términos de nuestro aviso que serán válidos para

toda la información médica que mantenemos, incluyendo la información médica que hayamos desarrollado o recibido antes de hacer los cambios. Antes de que hagamos un cambio significativo a nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso, publicaremos el aviso actualizado en cada uno de nuestros sitios de prestación de servicio, y pondremos el nuevo aviso a disposición de nuestros pacientes y otras personas que lo soliciten.

Usted puede pedir una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o para copias adicionales de este aviso, por favor póngase en contacto con nosotros usando la información al final de este aviso

Usos y Divulgaciones de Información Médica

Tratamiento: Podemos usar su información médica, sin su permiso, para fines de tratamiento. Podemos divulgar su información médica, sin su permiso, a un médico u otro prestador de servicios de salud para su tratamiento. Cuando lo transportemos a un hospital podemos divulgar su información médica para propósitos del tratamiento.

Pago: Podemos utilizar y divulgar su información médica, sin su permiso, para obtener o proporcionar reembolso por la atención médica que le proporcionemos. Si le cobramos a Medicaid o Medicare por el reembolso, presentaremos una reclamación electrónica que incluya su nombre y otra información personal.

Operaciones de atención médica: Podemos usar y divulgar su información médica para alguna de nuestras operaciones de cuidado a la salud. Operaciones de cuidado a la salud incluyen:

- actividades de evaluación y mejoría de la calidad del cuidado a la salud;
- la revisión y evaluación del desempeño, cualificaciones, y competencia del prestador de servicios de salud y del plan de salud; los programas de capacitación de cuidado a la salud; la acreditación, certificación, licencias, y actividades de acreditación del prestador de servicios de salud y el plan de cuidado a la salud;
- organizar o programar evaluaciones médicas, auditorías y servicios legales, incluyendo la detección y prevención del fraude y el abuso; y
- la planeación, desarrollo, gestión y administración general de negocios, incluyendo servicio al cliente, creación de información de salud sin identificar al individuo, y la creación de juegos de datos limitados para las operaciones de cuidado a la salud, actividades de salud pública, e investigación.

Su Autorización: Usted puede darnos autorización escrita para usar su información médica o divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito. Si usted nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso ni divulgación permitida por su autorización mientras estuvo en vigor. A menos que usted nos dé una autorización por escrito, no usaremos ni divulgaremos su información médica para propósitos distintos de los descritos en este aviso

Contacto con el paciente: Podemos usar su información médica para contactarlo por teléfono o correo para discutir información de facturación.

- **Actividades de Salud y Beneficio Público:** Podemos utilizar y divulgar su información médica, sin su permiso, cuando sea requerido por ley y en las siguientes situaciones:
 - para la salud pública, incluyendo el reporte de enfermedades contagiosas, maltrato infantil y abuso o negligencia a los adultos, o violencia doméstica;
 - para evitar una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad;
 - para la fiscalización del cuidado a la salud, como lo son las actividades de las autoridades de otorgamiento de licencias y revisión paritaria del estado, y los agencias de prevención del fraude;
 - a médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias;
 - conforme a lo autorizado por las leyes estatales de compensación laboral;
 - en respuesta a ciertas órdenes judiciales y administrativas y otros procesos legales;
 - a los agentes del orden público con respecto a las víctimas de crímenes, crímenes en nuestras instalaciones, reportes de crimen durante las emergencias, y la identificación o localización de sospechosos o de otras personas;
 - a los militares y funcionarios federales para actividades legales de inteligencia, contrainteligencia y seguridad nacional; y con instituciones penitenciarias y agentes del orden público con respecto a personas bajo custodia legal; y
- Tiene la opción de negarse al uso o divulgación de su información médica en el seguimiento de una solicitud por escrito de una agencia de gobierno, a menos que la divulgación sea requerida por la ley.

No podemos divulgar los resultados de las pruebas del VIH, cierta información médica confidencial o los registros de tratamiento de salud mental para algunos de estos fines, sin su permiso por escrito, a menos de que sea requerido por ley. Los resultados de su prueba del VIH, si existiesen, podrán ser divulgados como se establece en los Estatutos de Wisconsin § 252.15 (5) (a). Usted puede pedir que pongamos a su disposición una lista de las personas o las circunstancias establecidas en el estatuto..

Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Bajo las leyes federales de privacidad estamos obligados a proporcionarles nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Este Aviso proporciona información acerca de cómo podemos usar y divulgar su información protegida de salud. Usted no está obligado a firmar y devolver el acuse de recibo adjunto. Estamos obligados a darle este aviso. Si desea enviar el Acuse de Recibo de este Aviso, por favor firme abajo y envíelo a: Ambulance Conveyance Services, 210 Martin Luther King., Jr. Blvd., Room 406, Madison, WI 53703. Si usted tiene alguna pregunta sobre este acuse de recibo, por favor, póngase en contacto con el Oficial de Privacidad mencionado anteriormente.

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO

He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Bomberos de Madison.

Firma

Fecha

Nombre en Letra de Molde

Derechos individuales

Información de contacto: Si usted tiene alguna pregunta sobre sus derechos bajo este aviso de privacidad, por favor póngase en contacto con el Oficial de Privacidad. La información específica de contacto se encuentra al final de este aviso.

Formularios: Usted puede obtener los formularios necesarios para ejercer sus derechos con el Oficial de Privacidad. La información específica de contacto se encuentra al final de este aviso.

Acceso: Usted tiene el derecho a examinar y recibir una copia de su información médica, con excepciones limitadas. Usted debe hacer una solicitud por escrito para tener acceso a su información médica.

Podemos cobrarle una cuota razonable, basado en los costos, por una copia de su información médica, por enviarle la copia y por la preparación de cualquier resumen o explicación de la información médica que usted solicite. Para información sobre nuestras cuotas, contáctenos usando la información al final de este aviso.

Lista de Divulgaciones: Usted tiene el derecho a una lista de los casos después del 13 de abril de 2003 en que divulgamos su información médica para fines distintos al tratamiento, pago, operaciones de cuidado a la salud, como usted lo haya autorizado, y para ciertas otras actividades.

Antes de que transcurran 60 días de su solicitud, nosotros le proporcionaremos información sobre cada divulgación que hicimos durante el período para el cual se solicita la lista, salvo aquellas excluidas por ley; pero no estamos obligados a rendir cuentas de ninguna divulgación que ocurrió hace más de 6 años antes de la fecha de solicitud y nunca por una divulgación que ocurrió antes del 14 abril, 2003.

Enmienda: Usted tiene el derecho a pedir que enmendemos su información médica y registros de tratamiento de salud mental. Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por que se debe enmendar la información.

Podemos negar su solicitud sólo por ciertas razones. Si negamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación escrita. Si aceptamos su solicitud, haremos que su

enmienda sea parte de su información médica y llevaremos a cabo esfuerzos razonables para informar de la enmienda a quienes sepamos que puedan tener y depender de la información no modificada en detrimento a usted, así como también a las personas que usted desea que reciban la enmienda.

Restricción: Usted tiene el derecho de solicitar que se restrinja el uso o divulgación de su información médica para tratamiento, pago u operaciones de atención de salud, o a familiares, amigos u otras personas que usted identifique. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si acordamos esto, nosotros cumpliremos con nuestro acuerdo, exceptuando en una emergencia médica o como sea requerido o autorizado por la ley.

Comunicación Confidencial: Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información médica de manera confidencial por medios alternos o en sitios alternos que usted especifique. Usted debe hacer su solicitud por escrito. Usted debe presentar su solicitud a la persona contacto al final de este aviso. Usted puede obtener un formulario de esa persona de contacto para hacer su solicitud.

Nosotros intentaremos cumplir con su petición si es razonable, y especifica los medios o sitios alternos para la comunicación confidencial. No le pediremos que explique la razón de su solicitud.

Aviso electrónico: Si recibe este aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), usted tiene derecho a recibir este aviso de forma escrita. Póngase en contacto con el Oficial de Privacidad, utilizando la información de contacto que aparece al final de este aviso.

Notificación de Acceso Indebido: Si hay una adquisición, acceso, uso o divulgación no autorizado de su información médica que sea el resultado de controles de seguridad poco razonables y dicha infracción constituya un riesgo significativo de daño financiero, a su reputación u otro daño, le notificaremos acerca de ese acceso indebido en un plazo de 60 días de la fecha en que nos percatemos del mismo.

Preguntas y Quejas

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad o si tiene preguntas o preocupaciones, por favor, póngase en contacto con el Oficial de Privacidad usando la información al final de este aviso.

Si usted está preocupado de que pudiésemos haber violado sus derechos de privacidad o está en desacuerdo con una decisión que tomamos con respecto al acceso a su información médica, a la respuesta a una solicitud para enmendar, restringir el uso o divulgación, o a la comunicación confidencial sobre su información médica, usted

puede quejarse con nosotros usando la información de contacto al final de este aviso. Usted también puede presentar una queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Usted puede comunicarse con la Línea de la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información médica. Nosotros no tomaremos represalias de ningún tipo si usted decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

Información de contacto

Departamento de Bomberos de Madison
Oficial de Privacidad
325 West Johnson Street
Madison, WI 53703
(608) 266-4420

ACUSE DE RECIBO DE AVISO (No se obtuvo)

En caso de que el individuo o el representante del individuo no firme el Acuse de Recibo de Aviso al reverso de este formulario, el personal debe documentar la razón por la cual la persona no lo firmó. El personal debe documentar abajo que se hizo un esfuerzo de buena fe para obtener ese acuse de recibo e indicar si el individuo se negó o fue incapaz de firmar el acuse de recibo:

Doy fe de que la información anterior es correcta.

Firma del Empleado

Fecha

Nombre en Letra de Molde

Título