

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD



**Group Health Cooperative of South Central Wisconsin (GHC-SCW)**  
Proveedor y plan de salud

Director de Privacidad  
1265 John Q. Hammons Drive, Madison, WI 53717  
(800) 605-4327 o (608) 662-4899

[ghcsw.com](http://ghcsw.com)

Fecha efectiva: Noviembre 2019

**BETTER TOGETHER**<sup>SM</sup>

Group Health Cooperative of South Central Wisconsin (GHC-SCW)  
MK19-70-0(8.19)0

 **Group Health  
Cooperative**

of South Central Wisconsin

[ghcsw.com](http://ghcsw.com)

## Tabla de contenido

Haga clic en el título azul para saltar a esa sección.

Quién acatará este aviso:.....	2
Qué es la información médica protegida (PHI):.....	2
Cómo GHC-SCW obtiene mi información médica protegida:.....	2
Sus derechos:.....	2
Uso y divulgación de GHC-SCW:.....	2
Cuáles son mis derechos en relación con la información médica:.....	3
Cómo GHC-SCW puede utilizar y divulgar mi PHI:.....	4
Cuáles son las responsabilidades de GHC-SCW en relación con mi información:.....	5
Cómo GHC-SCW protege mi información médica protegida:.....	5
Preguntas:.....	6
Modificaciones en el aviso de prácticas de privacidad:.....	6
Confirmación del aviso de prácticas de privacidad:.....	6
El Aviso de prácticas de privacidad se encuentra disponible de las siguientes maneras:.....	6
Confirmación de recepción del aviso de prácticas de privacidad:.....	7

Este aviso describe cómo puede utilizarse y divulgarse la información médica sobre usted y cómo puede acceder a esta información. Revísela detenidamente. Group Health Cooperative de South Central Wisconsin (GHC-SCW) comprende que la información médica y de seguro sobre usted es personal, y que es importante proteger esta información. A fin de ofrecerle una atención y un servicio de atención al cliente de calidad, y de cumplir con ciertos requisitos legales, creamos registros correspondientes a su salud, su inscripción y sus reclamos. Este aviso le informa las formas en las que utilizamos y divulgamos su información médica protegida (Protected Health Information, PHI) y nuestras obligaciones de mantener la privacidad de su información. Este aviso también describe sus derechos con respecto a la privacidad.

### Quién acatará este aviso:

Este aviso se aplica a los empleados de GHC-SCW y a otras personas u organizaciones que están bajo nuestro control directo, incluidos los servicios y las actividades que se llevan a cabo por medio de contratos con personas u organizaciones externas, como auditorías, servicios actuariales, socios comerciales, contratistas, estudiantes, empleados, el personal y los pasantes temporales. Puede que sea necesario que GHC-SCW le proporcione su información médica a estas personas u organizaciones externas. En estos casos, GHC-SCW exige a estas personas u organizaciones proteger de manera apropiada la privacidad de su información médica.

### Qué es la información médica protegida (“PHI”):

La información médica protegida es información que:

- Lo identifica (o puede utilizarse razonablemente para identificarlo).
- Lo vincula con su salud física o mental, su afección, la prestación de atención médica o el pago por la atención.

La PHI incluye información sobre su diagnóstico, sus medicamentos, su dirección de correo electrónico, el estado de su seguro y su número de póliza, su historial de reclamos médicos, su dirección y su número de teléfono. La PHI incluye toda la información electrónica, escrita y oral de toda la organización.

### Cómo GHC-SCW obtiene mi información médica protegida:

En la inscripción, usted nos proporciona información demográfica, laboral y del seguro que se utiliza para crear su registro médico electrónico. Si ha recibido atención y servicios antes de ser miembro de GHC-SCW, podemos realizar actividades de rutina que dan como resultado que nos proporcionen la PHI de otras fuentes además de usted. Por ejemplo, los proveedores de atención médica, como los médicos u hospitales, pueden proporcionarnos la PHI que recibió antes de llegar a GHC-SCW, que puede ser importante para garantizar una atención continua de alta calidad. A medida que reciba atención y servicios, se agrega la información a su registro médico electrónico de GHC-SCW. Esto incluye, entre otros, las notas de las consultas médicas, los análisis de laboratorio, la información sobre citas, la facturación, las derivaciones y los reclamos del seguro.



## Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

### Sus derechos:

- ▶ **Derecho a acceder, inspeccionar y obtener una copia de la PHI:** Obtenga una copia de sus registros médicos, de facturación y de seguro.
- ▶ **Derecho a corregir la PHI:** Pídanos que corrijamos sus registros médicos, de facturación y de seguro si piensa que hay un error.
- ▶ **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** Solicite un método de contacto preferido.
- ▶ **Derecho a recibir una copia impresa del Aviso de Prácticas de Privacidad:** Obtenga una copia de este aviso de privacidad.
- ▶ **Derecho a solicitar restricciones en el uso y la divulgación de la PHI:** Pídanos que limitemos la información que compartimos.
- ▶ **Derecho a recibir una descripción de la divulgación:** Obtenga una lista de cierta información médica que compartimos por razones que van más allá del tratamiento, la facturación o las operaciones de atención médica con otras personas u organizaciones.
- ▶ **Derecho a presentar un reclamo:** Presente un reclamo si considera que se violaron sus derechos de privacidad.
- ▶ **Derecho a recibir un aviso si se infringió su PHI**

Consulte **Cuáles son mis derechos en relación con la información médica** sobre estos derechos y cómo ejercerlos.

### Uso y divulgación de GHC-SCW:

- ▶ **Tratamiento**
- ▶ **Pago**
- ▶ **Operaciones de atención médica**

La ley también permite que GHC-SCW utilice y comparta información médica sin su permiso por otras razones limitadas, que incluyen las siguientes:

- **Actividades de salud pública, incluidas salud y seguridad**
- **Algunas actividades de investigación**
- **Actividades de supervisión de la salud**
- **Solicitudes de donaciones de órganos y tejido**
- **Procedimientos legales, cumplimiento de la ley y funciones gubernamentales especializadas**
- **Personas fallecidas**
- **Solicitudes de compensación a trabajadores**
- **Uso y divulgación incidental**
- **Comercialización**

Consulte **cómo GHC-SCW utiliza y divulga mi información médica protegida** para obtener más información sobre el uso y la divulgación.

## Cuáles son mis derechos en relación con la información médica:

Usted tiene ciertos derechos en relación con su información médica:

<b>Derecho a acceder, inspeccionar y obtener una copia de la PHI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Puede ver u obtener gran parte de la información médica que mantenemos sobre usted, con algunas excepciones. Le proporcionaremos la información en el formato que solicite, suponiendo que sea fácil de producir. Podemos cobrarle un cargo basado en el costo para proporcionarle copias. Si nos indica que le transmitamos la información a otra persona, lo haremos con su indicación escrita y firmada. Si es miembro de un plan de salud, puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamos, y otra información que tengamos sobre usted.</li></ul>
<b>Derecho a corregir la PHI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Puede solicitar que corrijamos información médica en sus registros que considere que es incorrecta o que está incompleta. Podemos solicitarle que nos dé un motivo para respaldar su solicitud.</li><li>• Si es miembro de un plan de salud, puede solicitar que corrijamos su información y sus registros de reclamos si considera que es incorrecta o que está incompleta.</li><li>• GHC-SCW puede rechazar su solicitud, pero le brindaremos una explicación por escrito de las razones.</li></ul>
<b>Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tiene derecho a pedirle a GHC-SCW que se comunique con usted a través de un medio específico (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o que le envíe correos a una dirección diferente. Tenemos la obligación de cumplir con su solicitud de comunicaciones confidenciales si nos indica que, si no cumplimos, esto lo pondría en peligro.</li></ul>
<b>Derecho a recibir un Aviso de Prácticas de Privacidad</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si previamente ha acordado recibir el aviso en formato electrónico. Si la solicita, GHC-SCW le proporcionará una copia de inmediato.</li><li>• GHC-SCW puede proporcionarle copias electrónicas de este aviso por MyChart, correo electrónico u otro medio electrónico.</li><li>• Este aviso también está publicado en las clínicas de GHC-SCW y se encuentra disponible en nuestro sitio web en <a href="http://ghcscw.com">ghcscw.com</a>.</li></ul>
<b>Derecho a solicitar restricciones en el uso y la divulgación de la PHI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Puede solicitar que GHC-SCW no utilice ni comparta su información médica protegida para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.</li><li>• GHC-SCW no tiene la obligación de estar de acuerdo con su solicitud de restricciones y podemos rechazar su solicitud si dificultara su atención.</li><li>• En caso de que aceptemos su solicitud de restricciones, debemos cumplir con las restricciones acordadas, excepto si es para tratarlo durante una emergencia médica.</li><li>• Si es miembro de un plan de salud, tiene derecho a exigir que GHC-SCW no divulgue su PHI para el pago o las operaciones de atención médica si (1) usted realiza una Solicitud de divulgación con restricciones, (2) la ley no exige la divulgación y (3) la PHI corresponde únicamente a la atención médica que usted, u otra persona en su representación, pagó en su totalidad de su bolsillo.</li></ul>
<b>Derecho a recibir una descripción de la divulgación de la PHI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Puede solicitar una lista (descripción) de las ocasiones en las que compartimos su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la compartimos y el motivo.</li><li>• Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y otras (como las que nos solicitó previamente). Proporcionaremos una descripción gratuita por año, pero le cobraremos un cargo razonable basado en el costo si nos solicita otra descripción en el plazo de 12 meses.</li></ul>
<b>Derecho a recibir un aviso si se infringió su PHI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tiene derecho a recibir un aviso si su información médica se utilizó de una manera que no está permitida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), es decir, una “infracción.” GHC-SCW le proporcionará este aviso en el plazo de 60 días después de que hayamos descubierto la infracción, conforme a la Norma de Notificación de Infracciones.</li></ul>
<b>Derecho a presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si tiene inquietudes sobre cualquiera de nuestras prácticas de privacidad o si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Director de Privacidad de GHC-SCW o poniéndose en contacto con la Línea directa de cumplimiento al (844) 480-0055, a <a href="mailto:reports@lighthouse-services.com">reports@lighthouse-services.com</a>, o en línea en <a href="http://lighthouse-services.com/ghcscw">lighthouse-services.com/ghcscw</a>.</li><li>• También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos visitando <a href="http://hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html">hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html</a>, llamando al (877) 696-6775, enviando un correo electrónico a <a href="mailto:OCRComplaint@hhs.gov">OCRComplaint@hhs.gov</a>, o enviando una carta a: U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, S.W. Room 509F HHH Bldg. Washington, D.C. 20201</li><li>• No se tomarán ni permitirán represalias a ninguna persona que denuncie un posible problema de buena fe.</li></ul>
<b>Cómo ejercer estos derechos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Todas las solicitudes para ejercer estos derechos deben ser por escrito. Consideraremos todas las solicitudes razonables. Responderemos a todas sus solicitudes conforme a nuestras políticas y según lo exija la ley. Le notificaremos sus derechos y nuestra decisión o nuestras medidas en respuesta a su solicitud.</li></ul>

### Cómo GHC-SCW puede utilizar y divulgar mi PHI:

Nos comprometemos a garantizar que nuestra organización utilice su información médica de manera responsable. Obtenemos información médica sobre usted y la guardamos en archivos electrónicos. Podemos utilizar y divulgar la información de atención médica para los siguientes fines:

<b>Tratamiento</b>	Utilizaremos y divulgaremos su información médica con nuestros profesionales involucrados en su atención médica. También divulgaremos su información médica a otros profesionales para que la utilicen cuando lo traten en el futuro. Por ejemplo, compartiremos su plan de diagnóstico y tratamiento para acordar servicios adicionales para usted.
<b>Pago</b>	Utilizaremos y divulgaremos su información médica para los pagos. Por ejemplo, utilizaremos su información médica para preparar su factura y coordinar con su plan de seguro médico el pago de servicios. También divulgaremos información personal y financiera a las instituciones financieras que nos prestan servicios, como la transferencia de fondos electrónicos para el pago de las primas.
<b>Operaciones de atención médica</b>	Podemos utilizar y divulgar su información para nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, los miembros de nuestro personal pueden revisar su información médica para gestionar su tratamiento, los servicios prestados y el desempeño de nuestro personal respecto de la atención que le brindan.
<b>Administrar su plan</b> (solo para los miembros con planes de salud)	Podemos divulgar su información médica al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan. Como plan de salud, GHC-SCW mantiene contratos para brindarle a su compañía ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.
<b>¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su PHI?</b> Estamos autorizados u obligados a compartir su información médica de otras maneras que, por lo general, contribuyen con el bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir con las condiciones provistas por la ley antes de que podamos compartir su información. Para obtener más información, consulte: <a href="https://hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html">hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html</a> .	
<b>Actividades de salud pública, incluidas salud y seguridad</b>	Podemos compartir información médica sobre usted en ciertas situaciones, como las siguientes: <ul style="list-style-type: none"><li>• Para una autoridad de salud pública autorizada por la ley para obtener o recibir dicha información a efectos de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.</li><li>• Para entidades reguladas por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) a efectos de controlar o informar la calidad, seguridad o eficacia de los productos regulados por la FDA.</li><li>• Para denunciar ante las autoridades correspondientes autorizadas a recibir denuncias de presunto abuso infantil, abuso de adultos dependientes, presunta negligencia o violencia doméstica.</li></ul> Podemos notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si consideramos que una persona fue víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.
<b>Investigación</b>	En ciertas circunstancias, podemos utilizar o divulgar su información médica para la investigación, sujeto a ciertas salvaguardias. Por ejemplo, podemos divulgar información a investigadores cuando se hayan establecido los protocolos de privacidad.
<b>Actividades de supervisión de la salud</b>	Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Por ejemplo, puede incluir auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias.
<b>Solicitudes de donaciones de órganos y tejido</b>	Podemos divulgar la información médica a las organizaciones de obtención de órganos, según sea necesario, a fin de facilitar la donación y el trasplante.
<b>Procedimientos legales, cumplimiento de la ley y funciones gubernamentales especializadas</b>	Podemos divulgar cierta información médica a las autoridades policiales o en respuesta a procesos legales, como los siguientes: <ul style="list-style-type: none"><li>• Según lo exija la ley, incluidas ciertas heridas y lesiones físicas.</li><li>• En respuesta a una sentencia judicial, comparecencia, orden judicial, citación o procesos similares.</li><li>• A fin de identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo fundamental o una persona desaparecida.</li><li>• A fin de alertar a las autoridades sobre una muerte que consideremos que podría ser el resultado de una conducta delictiva.</li><li>• A fin de alertar a las autoridades sobre información que consideremos que sea evidencia de conductas delictivas que ocurren en nuestras instalaciones</li><li>• A fin de denunciar un crimen en circunstancias de emergencia.</li><li>• Para actividades de inteligencia y seguridad nacional, como servicios de protección para el presidente y militares.</li></ul> Debemos cumplir con las leyes estatales y federales a la hora de divulgar información para el cumplimiento de la ley.

<b>Personas fallecidas</b>	Después de su muerte, podemos divulgar información médica ante un juez de instrucción o examinador médico, lo que sea necesario para que lleven a cabo sus tareas, según lo autorice la ley. Podemos utilizar o divulgar su información sin su autorización hasta 50 años después de la fecha de su muerte.
<b>Compensación a trabajadores</b>	Podemos divulgar información médica, según lo autorice la ley, para los beneficios de compensación a trabajadores por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
<b>Uso y divulgación incidental</b>	Hay ciertas ocasiones incidentales de uso y divulgación de información médica que pueden ocurrir durante las operaciones cotidianas. Por ejemplo, un proveedor puede necesitar utilizar su nombre para identificarlo en una zona de espera. Otras personas que esperan en la misma zona pueden escuchar cuando dicen su nombre. Haremos todo lo posible para limitar el uso y la divulgación incidental.
<b>Comercialización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos utilizar su información médica para brindarle información sobre los tratamientos u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que brindamos y que pueden ser de su interés (es decir, recordatorios de bienestar). Si desea solicitar la exclusión, póngase en contacto con Servicios a los Miembros de GHC-SCW a (608) 828-4853.</li> <li>GHC-SCW nunca comercializará ni venderá su información médica.</li> </ul>
<b>Patrocinador del plan</b> (solo para planes de salud)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos divulgar su información al Patrocinador del plan para permitir que se lleven a cabo las funciones del plan en representación de GHC-SCW.</li> <li>Podemos divulgar la “Información médica resumida” al Patrocinador del plan para obtener ofertas, modificar o finalizar el Plan.</li> <li>La “Información médica resumida” incluye el historial de reclamos, los gastos de los reclamos y los tipos de reclamos de las personas, sin incluir ninguna información personal sobre usted.</li> <li>Podemos divulgar al Patrocinador del plan cualquier información sobre si usted es un participante.</li> <li>Se examina si el Patrocinador del plan considera la divulgación de cualquier otra información sin autorización para evitar que este tome decisiones laborales sobre usted o que divulgue información que no tiene autorización para recibir.</li> </ul>
<b>Información genética</b>	GHC-SCW no utilizará ni divulgará su información genética de ninguna manera que lo haga vulnerable a la discriminación relacionada con la cobertura de salud y el trabajo.
<b>Socios comerciales</b>	Algunas de nuestras operaciones de tratamiento, pago o atención médica se llevan a cabo por medio de contratos con proveedores externos, conocidos como socios comerciales (acuerdos con socios comerciales). Divulgaremos su información médica a nuestros socios comerciales y les permitiremos utilizar o divulgar su información médica para que presten sus servicios para nosotros. Exigiremos que los socios comerciales protejan de manera apropiada la privacidad de su información.
<b>Familiares, amigos y otras personas</b>	Podemos divulgar su afección general a un familiar, a su representante personal o a otra persona que usted identifique. Solo divulgaremos información si usted está de acuerdo, si se le da la oportunidad de negarse o si, según nuestro criterio profesional, permitir que la persona reciba información o actúe en su representación es para su beneficio. Por ejemplo, podemos permitir que un familiar recoja sus recetas. Si usted no está disponible, está incapacitado o en una emergencia, podemos divulgar información si consideramos que es para su beneficio. También podemos divulgar información médica en una situación de rescate ante una catástrofe.
<b>INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA (Health Information Exchange, HIE)</b> GHC-SCW participa en los intercambios de información médica (HIE), que permiten que los proveedores coordinen la atención y que brinden un acceso más rápido a la información médica para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Los HIE ayudan a los proveedores y funcionarios de salud pública a la hora de tomar decisiones más fundamentadas y, así, evitar la atención duplicada (como las pruebas) y reducir las probabilidades de errores médicos. Si participa en un HIE, GHC-SCW puede compartir su información médica con otros proveedores y participantes, según lo permita la ley. Si no desea que su información médica se comparta en el HIE, realice esta solicitud por escrito completando la Solicitud del formulario de restricciones de los registros (disponible en nuestro sitio web en <a href="http://ghcscw.com">ghcscw.com</a> o poniéndose en contacto con el Director de Privacidad al (608) 662-4899). Esta solicitud se puede rechazar si dificultara su atención.	

### Cuáles son las responsabilidades de GHC-SCW en relación con mi información:

<b>Obedecer la ley</b>	La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
<b>Denunciar infracciones</b>	Le informaremos de inmediato si ocurre una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
<b>Acatar este aviso</b>	Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso, y debemos brindarle una copia.
<b>No compartir información que no se incluya en este aviso</b>	Obtendremos su autorización por escrito para el uso y la divulgación adicional de su información médica. Puede revocar su autorización en cualquier momento.

### Cómo GHC-SCW protege mi información médica protegida:

GHC-SCW aplica medidas rigurosas de privacidad y seguridad a fin de proteger su información en todos los aspectos de nuestras prácticas comerciales. GHC-SCW cuenta con una robusta infraestructura de seguridad, conforme a las leyes y regulaciones pertinentes. El acceso basado en la función brinda acceso a los usuarios a la mínima información necesaria para llevar a cabo su trabajo cotidiano, y nada más. El acceso se inspecciona regularmente. Los empleados y otros usuarios reciben una capacitación continua sobre el cumplimiento.

## Preguntas:

Si tiene preguntas o inquietudes sobre este Aviso de Prácticas de Privacidad, incluidas las instrucciones sobre cómo obtener formularios o información adicional que mencionados en el documento, póngase en contacto con:

Director de Privacidad de GHC-SCW  
1265 John Q. Hammons Dr.  
Madison, WI 53717  
(608) 662-4899 o al (800) 605-4327  
[privacy@ghcsw.com](mailto:privacy@ghcsw.com)

## Modificaciones en el Aviso de Prácticas de Privacidad:

GHC-SCW puede cambiar este Aviso de Prácticas de Privacidad y notificarlo si realizamos algún cambio sustancial. Hasta entonces, la ley exige que GHC-SCW cumpla con la versión actual de este Aviso.

## Confirmación del Aviso de Prácticas de Privacidad:

La Norma de privacidad de la HIPAA exige que GHC-SCW realice su mayor esfuerzo para obtener una confirmación por escrito de la recepción de este Aviso de Prácticas de Privacidad para quienes reciben atención y tratamiento en GHC-SCW. A continuación, se proporciona información adicional sobre este requisito:

- **Solo para miembros con planes de salud:** solo para las personas que son miembros del plan de salud (es decir, miembros con seguro que no reciben atención ni tratamiento en un centro de GHC-SCW):
  - o No se requiere una confirmación por escrito en GHC-SCW.
  - o GHC-SCW cumple con lo previsto por la Norma de privacidad de la HIPAA sobre la distribución de este Aviso de Prácticas de Privacidad si se le proporciona al asegurado mencionado una póliza cuya cobertura se proporcione al asegurado mencionado y a uno o más dependientes.
  - o GHC-SCW debe notificar con una frecuencia no menor a una vez cada tres años a las personas cubiertas sobre la disponibilidad del Aviso de Prácticas de Privacidad y cómo obtener una copia.
- **Pacientes que reciben atención en GHC-SCW:** Para las personas que reciben atención y tratamiento en un centro de GHC-SCW (es decir, los pacientes), hacemos nuestro mayor esfuerzo para obtener su confirmación por escrito de la recepción de este Aviso de Prácticas de Privacidad en una o más de las siguientes maneras:
  - o Si usted elige no firmar y devolver la Confirmación del Aviso de Prácticas de Privacidad, nosotros cumplimos con nuestra confirmación de recepción o la negativa por el hecho de que usted recibió este documento.
  - o Si usted elige devolver la Confirmación de Recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad antes de venir para recibir atención o tratamiento, puede seleccionar una de las siguientes opciones:
    1. Envíelo por correo a Health Information Department  
1265 John Q Hammons Dr.  
Madison WI 53717.
    2. Enviarla por fax al (608) 441-3499.
    3. Envíelo adjunto por correo electrónico en formato PDF a [GHCR01@ghcsw.com](mailto:GHCR01@ghcsw.com).
    4. Tráigalo a su siguiente visita a la clínica.
    5. Déjelo en el centro de GHC-SCW de su elección en cualquier momento.
  - o Si no hemos recibido la confirmación de recepción por escrito antes de su primera visita a GHC-SCW, se le brindará el Aviso de Prácticas de Privacidad y la Confirmación de Recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad al momento de la prestación de servicios. Se le pedirá que firme y devuelva la Confirmación de Recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad.
  - o En caso de que su primera visita de atención médica en GHC-SCW ocurra en una situación de emergencia, puede que no se le pida que firme la Confirmación hasta que se haya resuelto la situación de emergencia.

## El Aviso de Prácticas de Privacidad se encuentra disponible de las siguientes maneras:

- Si lo solicita en la clínica al momento de su visita.
- Publicado en un lugar despejado y destacado en su clínica donde sea razonable que espere leerlo.
- Si se lo solicita al Departamento de Servicios a los Miembros de GHC-SCW al (608) 828-4853 or (800) 605-4327.
- Publicado en un lugar destacado en el sitio web de GHC-SCW, [ghcsw.com](http://ghcsw.com) y disponible en formato electrónico si se lo solicita.

GHC-SCW se reserva el derecho de distribuir el Aviso y obtener la confirmación de recepción utilizando formatos electrónicos u otros formatos cuando se encuentren disponibles, conforme a las leyes y regulaciones aplicables que rigen este proceso. Si prefiere recibir este Aviso por correo electrónico, póngase en contacto con el Departamento de Información Médica al (608) 441-3500.

## Confirmación de recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad:

Conforme con la Norma de privacidad de la HIPAA, GHC-SCW tiene la obligación de hacer todo lo posible para obtener una confirmación de recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad y, si no la obtiene, documentar que hemos hecho todo lo posible para obtener dicha confirmación y la razón por la que no se obtuvo la confirmación.

Puede negarse a firmar este formulario y, si lo hace, no repercutirá en la calidad de la atención, del tratamiento o de los servicios que reciba en GHC-SCW

Recibí una copia de la Confirmación de Recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad.

\_\_\_\_\_

Apellido del paciente

\_\_\_\_\_

Nombre del paciente

\_\_\_\_\_

N.º de GHC-SCW

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_

Firma del paciente o del tutor legal

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Relación con el paciente (si corresponde)

### Devuelva este formulario a GHC-SCW de alguna de las siguientes maneras:

- Devuélvalo a la persona de GHC-SCW que se lo proporcionó (es decir, al recepcionista).
- Envíelo por correo a GHC-SCW, Health Information Department, 1265 John Q Hammons Dr. Madison WI 53717.
- Envíelo por fax al (608) 441-3499.
- Envíelo adjunto por correo electrónico en formato PDF a [GHCROI@ghcscw.com](mailto:GHCROI@ghcscw.com).
- Tráigalo a su siguiente visita a la clínica.
- Déjelo en el centro de GHC-SCW de su elección en cualquier momento.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre el Aviso de Prácticas de Privacidad, póngase en contacto con el Director de Privacidad al (608) 662-4899.

.....

### Solo para uso administrativo:

- El paciente o el representante personal se negó a firmar
- Una emergencia evitó la capacidad de obtener la firma
- Los intentos de realizar la entrega no fueron satisfactorios
- Otro: \_\_\_\_\_

Esta página se dejó en blanco intencionalmente