

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de vigencia: agosto de 2024

### Group Health Cooperative of South Central Wisconsin (GHC-SCW) Proveedores y Plan de Salud

📍 Oficina de Privacidad  
1265 John Q. Hammons Drive  
Madison, WI 53717  
☎ (800) 605-4327 or (608) 662-4899  
[www.ghcscw.com](http://www.ghcscw.com)

### ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER USADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Group Health Cooperative of South Central Wisconsin (GHC-SCW) comprende que su información médica y de seguros es personal, y que proteger esta información es importante. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

#### SUS DERECHOS:

- **Derecho de Acceder, Inspeccionar y Recibir una Copia de su Expediente Médico:** Obtenga una copia de su expediente médico, de facturación y de seguros. Proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días siguientes a su solicitud.
  - **Derecho a Enmendar su Información de Salud:** Por favor solicitenos que corrijamos su expediente médico, de facturación y de seguros si cree que hay un error. Podemos responder “no” a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito dentro de los 60 días posteriores a su solicitud.
  - **Derecho a Solicitar Comunicación Confidencial:** Solicite un método de contacto preferido. Diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.
  - **Derecho a Recibir una Copia en Papel del Aviso de Prácticas de Privacidad:** Obtenga una copia de este aviso de privacidad.
  - **Derecho a Elegir a Alguien que Actúe en su Nombre:** Si usted le ha dado a alguien poder legal sobre asuntos médicos o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción.
- **Derecho a Solicitar Restricciones sobre el Uso y la Divulgación de su Información de Salud:** Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información de salud para tratamientos, pagos o nuestras operaciones.
    - No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos responder “no” si dicha solicitud pudiera afectar su atención de salud.
    - Si paga por un servicio o artículo de atención médica directamente y en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con su aseguradora de salud para fines de pago o de nuestras operaciones. Responderemos que “sí” a menos que una ley nos exija compartir esa información.
  - **Derecho a Recibir un Registro de Divulgaciones:** Obtenga una lista de cierta información de salud compartida por razones distintas al tratamiento, facturación u operaciones de atención médica con otras personas u organizaciones.
  - **Derecho a recibir un aviso si se ha producido una brecha de seguridad en su información de salud:** Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
    - Le informaremos de inmediato de ocurrir una brecha que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
  - **Derecho a Presentar una Queja:** Presente una queja si cree que sus derechos de privacidad han sido violados
    - Si tiene inquietudes sobre alguna de nuestras prácticas de privacidad o si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Oficial de Privacidad de GHC-SCW o puede comunicarse con la Línea Directa de Cumplimiento de GHC-SCW al (844) 480-0055, [reports@lighthouse-services.com](mailto:reports@lighthouse-services.com), o en línea a [lighthouse-services.com/ghcscw](http://lighthouse-services.com/ghcscw).
    - También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. visitando [hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html](http://hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html), llamando al (877) 696-6775, enviando un correo electrónico [OCRCComplaint@hhs.gov](mailto:OCRCComplaint@hhs.gov), 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

- No se tomará ni se permitirá ninguna acción retaliatoria contra nadie que informe de buena fe un posible problema.

#### SUS OPCIONES:

Si tiene una preferencia clara sobre cómo desea que compartamos su información en las situaciones descritas, por favor háganoslo saber. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

#### En estos casos, usted tiene el derecho de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en caso de que necesite ayuda en una situación de desastre.
- Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, en caso de estar inconsciente, podemos proceder y compartir su información si creemos que es lo que más le beneficiaría. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza seria e inminente para su salud o seguridad o la de otros.

#### USOS Y DIVULGACIONES:

**Tratamiento:** Podemos compartir su información de salud con otros profesionales que lo estén tratando.

**Por ejemplo:** Un proveedor que lo esté tratando por una lesión puede preguntarle a otro proveedor sobre su salud en general.

**Pago:** Podemos usar su información de salud para fines de pago.

**Por ejemplo:** Compartimos información sobre usted con su plan de seguro médico para que éste pague el costo de los servicios que usted recibió.

**Operaciones (con las que dirigimos nuestra organización):** Podemos usar y compartir su información de salud para ejercer nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

**Por ejemplo:** utilizamos su información de salud para administrar su tratamiento y servicios.

**Administre su plan (solo miembros del plan de salud):** Podemos divulgar su información de salud al financiador de su plan de salud para la administración del plan.

**Por ejemplo:** Como plan de salud, GHC-SCW mantiene contratos para proporcionarle a su empleador ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

## ¿CÓMO MÁS PODEMOS UTILIZAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE SALUD?

Estamos autorizados o debemos compartir su información de otras maneras, generalmente de formas que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, visite <https://www.hhs.gov/hipaa/index.html>

### ▪ **Por problemas de salud pública y seguridad**

Podemos compartir cierta información de salud sobre usted en situaciones, tales como:

- Para prevenir enfermedades
- Para informar acerca de reacciones adversas a medicamentos
- Para ayudar con retiros de productos del mercado
- Para informar sobre sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Para prevenir o disminuir una amenaza grave para su salud o seguridad o la de cualquier persona

▪ **Para Investigación:** Podemos usar y divulgar Información médica para fines de investigación.

▪ **Para cumplimiento de la ley:** Podemos divulgar información de salud a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Por ejemplo, al Departamento de Salud y Servicios Humanos o para cumplir con las leyes estatales y federales que requieren garantizar el cumplimiento de la ley federal de privacidad.

▪ **Por solicitudes de donación de órganos y tejidos:** Podemos compartir información de salud con organizaciones de obtención de órganos según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

▪ **Para trabajar con un médico forense o director de funeraria:** Podemos compartir información de salud con un médico forense, examinador médico o director de funeraria cuando fallece una persona.

▪ **Para atender solicitudes de compensación laboral, aplicación de la ley y otros organismos gubernamentales:**

- Podemos usar su información de salud según lo autorizado por la ley para beneficios de compensación laboral por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- Para fines de aplicación de la ley o con un oficial de cumplimiento de la ley. Debemos cumplir con las leyes federales y estatales al hacer divulgaciones para fines de aplicación de la ley.
- Con agencias de supervisión de salud

para actividades autorizadas por la ley. Por ejemplo, esto puede incluir auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias.

- Para actividades de seguridad nacional y de inteligencia, como servicios militares y de protección presidencial

### ▪ **Para responder a demandas y acciones legales:**

Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación. Podemos restringir el acceso a información de salud sobre usted según lo requieran las leyes de Wisconsin si esas leyes estatales protegen más su información de salud que las pautas federales.

▪ **Para propósitos de mercadeo:** Podemos usar su información de salud para brindarle información sobre tratamientos u otros beneficios y servicios que ofrecemos relacionados con la salud y que pueden ser de su interés (por ejemplo, recordatorios de bienestar). Si desea optar por no participar, comuníquese con los Servicios para Miembros de GHC-SCW al (608) 828-4853. GHC-SCW nunca comercializará ni venderá su información de salud.

### ▪ **Para compartir con el Patrocinador del Plan (solo del plan de salud)**

- Podemos divulgar su información a un Patrocinador del Plan para permitir la realización de funciones del plan en nombre de GHC-SCW;
- Podemos divulgar la "Información de Salud Resumida" al Patrocinador del Plan para obtener ofertas o con fines de enmienda o terminación del Plan;
- La "Información de Salud Resumida" incluye un historial de reclamaciones, gastos de reclamaciones y tipos de reclamaciones por individuos sin incluir ninguna información de identificación personal;
- Si su consideración de la divulgación de cualquier otra información sin autorización se examina para evitar que el Patrocinador del Plan tome decisiones laborales sobre usted o revele información que no tiene autoridad para recibir.

## **INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD (HIE por sus siglas en inglés):**

GHC-SCW participa en intercambios de información de salud (HIE); los cuales permiten a los proveedores coordinar la atención y proporcionar acceso más rápido a la información de salud para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Los intercambios de información de salud ayudan a los proveedores y a los funcionarios de salud pública a tomar decisiones más informadas, evitar servicios duplicados en la atención (como pruebas)

y reducir la probabilidad de errores médicos. Al participar en un intercambio de información de salud, GHC-SCW puede compartir su información de salud con otros proveedores y participantes según lo permita la ley.

Si usted no desea que se comparta su información de salud mediante un intercambio de información de salud, puede hacer esta solicitud por escrito completando el Formulario de Solicitud de Restricción de Registros, disponible en nuestro sitio web en [ghcscw.com](http://ghcscw.com) o comunicándose con el Oficial de Privacidad al (608) 662-4899. Dicha solicitud puede ser denegada si llegase a obstaculizar su atención de salud.

## **Nuestras Responsabilidades**

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud.

- Le informaremos de inmediato si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Seguiremos los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y le proporcionaremos una copia del mismo.
- Obtendremos autorización por escrito para cualquier uso y divulgación adicional de su información de salud. Puede revocar su autorización en cualquier momento.

Para obtener más información, por favor consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

## **Información de Contacto:**

- 📍 GHC-SCW Privacy Officer  
1265 John Q. Hammons Drive  
Madison, WI 53717  
(608) 662-4899 o (800) 605-4327
- ✉ [privacy@ghcscw.com](mailto:privacy@ghcscw.com)

## **Cambios a los términos de este aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible bajo petición, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

## **Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad**

La Ley de Privacidad de HIPAA requiere que GHC-SCW haga un esfuerzo de buena fe para obtener un reconocimiento por escrito de la recepción de este Aviso de Prácticas de Privacidad para aquellos que reciben atención y tratamiento en GHC-SCW.

**Miembros del Plan de Salud:** En GHC-SCW, no se requiere un acuse de recibo por escrito para individuos que son miembros del plan de salud solamente (es decir, miembros asegurados que no reciben atención y tratamiento en una clínica de GHC-SCW).

## ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

De acuerdo con la Ley de Privacidad HIPAA, GHC-SCW está obligado a hacer un esfuerzo de buena fe para obtener un reconocimiento por escrito de la recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad y, de no obtenerse este acuse de recibo, documentaremos nuestro esfuerzo de buena fe para obtener dicho reconocimiento y la razón por la que no se obtuvo.

Usted puede negarse a firmar este formulario y hacerlo no tendrá ningún impacto en la calidad de la atención, tratamiento o servicios que reciba en GHC-SCW.

He recibido una copia del Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de GHC-SCW.

_____	_____	_____	_____
Apellido del Paciente	Primer nombre del paciente	# de GHC	Fecha de nacimiento
_____		_____	_____
Firma del Paciente o Tutor Legal		Fecha	Relación con el paciente

**Por favor regrese este formulario una vez completado y firmado a GHC-SCW de una de las siguientes maneras:**

- Entréguelo a la persona en GHC-SCW que se lo proporcionó (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 en formato PDF como archivo adjunto en un correo electrónico a [GHCROI@ghcscw.com](mailto:GHCROI@ghcscw.com);
- Tráigalo en su próxima visita a la clínica;
- Entréguelo en la ubicación de GHC-SCW de su elección en cualquier momento.

Si tiene preguntas o inquietudes con respecto al Aviso de Prácticas de Privacidad, por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad al (608) 662-4899.