|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A picture containing font, design  Description automatically generated |  | **Kenosha Community Health Center (KCHC) & Pillar Health**  4006 Washington Road  Kenosha, WI 53144  (262) 656-0044  **www.Kenoshachc.org**  **www.PillarHealhcare.org** |
|  |
| A blue and white logo  Description automatically generated with low confidence |

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**Tu información. Tus derechos. Nuestras responsabilidades**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Este Aviso de prácticas de privacidad describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede tener acceso a esta información. Por favor, revíselo detenidamente. | | |
|  | |  |
| **Sus derechos de privacidad:** | | |
| **Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.** | | |
| **Obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico** | * Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto. * Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo. | |
| **Pídanos que corrijamos su historial médico** | * Puede solicitarnos que corrijamos la información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto. * Podemos decir "no" a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días. | |
| **Solicitar comunicaciones confidenciales** | * Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa o de la oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente. * Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables. | |
| **Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos** | * 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 decir "no" si afectaría su atención. * Si paga un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con su aseguradora médica. * Diremos "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información. | |
| **Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información** | * Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que compartimos su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha en que la solicita, con quién la compartimos y por qué. * Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que nos haya pedido que hagamos). Proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses. | |
| **Obtenga una copia de este aviso de privacidad** | * Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. | |
| **Elige a alguien que actúe por usted** | * Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico 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 medida. | |
| **Presente una queja si siente que se violan sus derechos** | * Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros utilizando la información que se encuentra en la parte superior de este aviso. * Puede presentar una queja ante los EE. Departamento de Salud y Derechos Humanos * Services Office for Civil Rights enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/ * No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sus opciones:** | |
| **Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.** | |
| **En estos casos, tiene el derecho y la opción de decirnos que:** | * Comparta información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención. * Compartir información en una situación de socorro en casos de desastre * Incluir su información en un directorio del hospital * Contactarlo para los esfuerzos de recaudación de fondos   Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad. |
| **En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:** | * Propósitos de mercadeo * Venta de tu información * La mayoría de las notas de psicoterapia compartidas |
| **En el caso de recaudación de fondos:** | * Es posible que nos comuniquemos con usted para los esfuerzos de recaudación de fondos, pero puede decirnos que no lo contactemos nuevamente. |
| **Si está pagando de su bolsillo por los servicios:** | * Puede solicitar que la organización no divulgue su información de salud protegida relacionada con ese servicio, siempre que la ley no exija la divulgación. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nuestras Usos y Divulgaciones:** | | |
| **¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud?** | | |
| **En estos casos, tiene el derecho y la opción de decirnos que:** | * Podemos utilizar su información y compartirla con otros profesionales que le están tratando. | **Ejemplo: un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.** |
| **Ejecutar nuestra organización** | * Podemos usar y compartir su información de salud para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar nuestra atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario. | **Ejemplo: Usamos su información de salud para administrar su tratamiento y servicios.** |
| **Factura tus servicios** | * Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades. | **Ejemplo: Damos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.** |
| **Nuestra Historia Clínica Electrónica** | * Kenosha Community Health Center es parte de un acuerdo de atención médica organizado que incluye participantes en OCHIN. Una lista actualizada de los participantes de OCHIN está disponible en www.ochin.org como socio comercial de Kenosha Community Health Center OCHIN proporciona tecnología de la información y servicios relacionados Kenosha Community Health Center y otros participantes de OCHIN. OCHIN también participa en actividades de evaluación y mejora de la calidad en nombre de sus participantes.   La información de salud personal puede incluir información médica pasada, presente y futura, así como información descrita en las Reglas de Privacidad. La información, en la medida en que se divulgue, se divulgará de conformidad con las Reglas de privacidad o cualquier otra ley aplicable, según se modifique periódicamente. Tiene derecho a cambiar de opinión y retirar este consentimiento, sin embargo, es posible que la información ya se haya proporcionado según lo permitido por usted. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que usted lo revoque por escrito. Si lo solicita, se le proporcionará una lista de entidades a las que se ha divulgado su información. | **Ejemplo: OCHIN coordina las actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer estándares de mejores prácticas y evaluar los beneficios clínicos que pueden derivarse del uso de sistemas de registros médicos electrónicos. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar en colaboración para mejorar la gestión de las derivaciones de pacientes internas y externas. Kenosha Community Health Center puede compartir su información de salud personal con otros participantes de OCHIN o un intercambio de información de salud solo cuando sea necesario para el tratamiento médico o para los fines de las operaciones de atención médica del acuerdo de atención médica organizada. La operación de atención médica puede incluir, entre otras cosas, geocodificar su ubicación de residencia para mejorar los beneficios clínicos que recibe.** |

**¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?** Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines.

|  |  |
| --- | --- |
| **Ayuda con problemas de salud pública y seguridad.** | * Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones, tales como:   + Prevención de enfermedades   + Ayudar con retiros de productos   + Notificación de reacciones adversas a medicamentos   + Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica   + Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona |
| **Hacer investigación** | * Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud. * Se prohíbe la divulgación de información genética con fines de suscripción. |
| **Intercambios de información de salud** | * Participamos en iniciativas para facilitar el intercambio electrónico de información de salud, incluidos, entre otros, los intercambios de información de salud (HIE). Un HIE es una organización que permite el intercambio coordinado de información entre los miembros con el fin de continuar con el tratamiento (como el seguimiento después de la hospitalización), evitar la duplicación de servicios (como las pruebas) y reducir la probabilidad de que ocurran errores médicos o de pago. * Todos los participantes de HIE aceptan un conjunto de estándares relacionados con el uso y la divulgación de información de salud, destinados a cumplir con todas las leyes estatales y federales aplicables. * Los pacientes pueden optar por no participar en algunas de estas iniciativas de intercambio electrónico. Haremos todos los esfuerzos razonables para limitar el intercambio de PHI en iniciativas de intercambio electrónico para pacientes que hayan optado por no participar. Si desea excluirse o tiene preguntas relacionadas con los HIE, comuníquese con nuestra oficina y solicite hablar con nuestro Oficial de Privacidad. |
| **Consentir con la ley** | * Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere asegurarse de que cumplimos con la ley federal de privacidad. |
| **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.** | * Podemos compartir su información de salud con organizaciones de obtención de órganos. |
| **Trabajar con un médico forense o director de funeraria** | * Podemos compartir información de salud con un médico forense, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona fallece. |
| **Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales** | * Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:   + Para reclamos de compensación de trabajadores   + Para fines de aplicación de la ley o con la aplicación de la ley   + Con organismos de vigilancia de la salud para actividades autorizadas por la ley   + Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial |
| **Responder a demandas y acciones legales.** | * Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación |

Para más información, ver**:** <https://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html>

|  |
| --- |
| **Nuestras responsabilidades:** |
| * Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida. * Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información. * Los usos y divulgaciones no descritos en este aviso sólo se realizarán con su autorización previa. * Debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del mismo. * No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión. |

**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 a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

**Este Aviso de práctica de privacidad se aplica a todos los sitios y servicios de Kenosha Community Health Center & Pillar Health:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **14 Ave., Kenosha Clinic** | **6226 14th Ave. Kenosha, WI 53143** | **262-226-4320** | **Higiene y odontología, médica, conductual (a pedido)** |
| **22 Ave., Kenosha Clinic** | **4536 22nd Ave. Kenosha, WI 53140** | **262-226-4320** | **Médica y conductual** |
| **Boys & Girls Club of Kenosha Clinic** | **1330 52nd Street, #205, Kenosha, WI 53140** | **262-226-4320** | **Médica y conductual** |
| **Silver Lake, WI Clinic** | **903 S. 2nd Street, Silver Lake, WI 53170** | **262-236-7590** | **Dental e Higiene, Médico, Comportamental** |
| **Pillar Health** | **4006 Washington Road** | **262-226-4320** | **Dental e Higiene, Médica, Comportamental. Atención Integrada.** |