

RESUMEN DE NUESTRO AVISO DE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD

La información de salud se crea cada vez que usted recibe un servicio de Salud Pública de Madison y el Condado de Dane (PHMDC) o nos entregan su información para que podamos ayudarle. La información médica puede ser escrita, oral o electrónica. Este aviso le informa cómo podemos utilizar o compartir su información médica y sobre sus derechos con respecto a sus registros de salud. Por favor, revíselo con mucha atención.

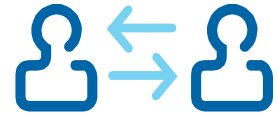
Su privacidad

Estamos comprometidos a garantizar la privacidad de su información médica. Por favor lea el documento íntegro del *Aviso de la Política de Privacidad* para obtener una información completa acerca de nuestra política de privacidad.

Su información médica

Nosotros podemos compartir o utilizar su información médica sin su permiso para:

- Su tratamiento;
- El pago, a menos que pague la factura por su cuenta;
- Recordatorios de citas y comunicaciones con usted;
- Actividades de salud pública, como las auditorías, planificación, y algunos estudios.
- Usos permitidos o requeridos por la ley.



Si no desea que compartamos su información médica con miembros de la familia, amigos u otras personas involucradas en su cuidado, por favor díganoslo.

¿Cómo puedo enviar mi información médica a otro doctor o clínica?

Si desea que nosotros compartamos la información médica que tenemos sobre usted con otro doctor o clínica, puede llenar y firmar un formulario de consentimiento. Si desea que dejemos de compartir esta información, por favor, envíe una solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad a la dirección que aparece detrás.

Sus derechos de privacidad

1. Usted puede ver sus registros médicos, y pedir una copia impresa o electrónica.
2. Usted puede solicitar cambios en sus registros médicos si cree que algo no está correcto.

3. Usted puede elegir la mejor manera de ponernos en contacto.

4. Usted puede solicitar que su información médica sólo se utilice para ciertos fines. Tenga en cuenta que en algunos casos no es posible hacer lo que ha pedido.

5. Si usted tiene 18 años de edad o más, usted es la única persona que puede firmar el consentimiento para dar su permiso de compartir su información médica. Si usted tiene menos de 18 años, su padre o tutor debe firmar este formulario por usted. Sin embargo, hay muchas situaciones en las que esta regla general no se aplica. Para más información, póngase en contacto con el Oficial de Privacidad.

6. Usted puede recibir una copia de nuestro *Aviso de la Política de Privacidad*, ya sea en este formato o en formato completo.

Preguntas y quejas

Si piensa que hemos quebrantado sus derechos de privacidad, o está en desacuerdo con una decisión que hemos tomado, usted puede comunicarse con el Oficial de Privacidad del PHMDC. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, U.S poniéndose en contacto con su línea directa al 1-800-368-1019. Puede presentar libremente una queja a nuestra oficina o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., sin ninguna penalización por nuestra parte.

Información de contacto

Privacy Officer
Public Health Madison and Dane County
2300 S. Park St, Room 2010
Madison, WI 53713
(608) 266-4821

Acuso de recibo del Aviso de la Política de Privacidad

Bajo las leyes federales de privacidad, estamos obligados a ofrecerle nuestro documento: *Aviso de la Política de Privacidad*. Usted no tiene la obligación de firmar y devolver un formulario conforme ha leído el *Aviso de la Política de Privacidad*. Si usted firma el formulario que le hemos dado, por favor devuélvalo al personal PHMDC o al Oficial de Privacidad.