DISTRITO DE SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA
FITCH-RONA

Aviso de Prácticas de Privacidad

Fecha de vigencia: 02/16/2026

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Nuestras obligaciones

La Fitch-Rona EMS District (FREMS) está obligada por ley a proteger la privacidad de su información de salud, conocida como información de salud protegida o PHI. Asimismo, estamos obligados a:

- Entregarle este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad.
- Notificarle si ocurre una violación que pudiera haber comprometido la privacidad o la seguridad de su PHI.
- Cumplir con los términos del aviso vigente.

Cómo podemos usar y compartir su PHI sin su autorización por escrito

Tratamiento. Utilizamos información sobre su condición y la atención que le brindamos. La compartimos con otro personal de salud que continúe con su atención, incluso por radio o por teléfono con el hospital, y proporcionamos al hospital una copia del registro que elaboramos durante su atención y traslado.

Pago. Usamos y compartimos su PHI para facturar y recibir el pago por nuestros servicios, lo que incluye presentar reclamaciones ante compañías de seguros, administrar dichas reclamaciones y cobrar cuentas pendientes.

Operaciones de atención médica. Utilizamos su PHI para aseguramiento de calidad, licenciamiento y capacitación, a fin de garantizar que nuestro personal cumpla con nuestros estándares de atención, así como para la planeación operativa, la gestión de quejas y la elaboración de informes que no lo identifiquen.

Familiares, amistades y otras personas involucradas en su atención. Podremos compartir su IHP con un familiar, pariente, amigo cercano u otra persona involucrada en su atención si usted lo autoriza o no se opone cuando se le brinde la oportunidad. Si usted no puede manifestar su objeción porque no está presente, se encuentra incapacitado(a) o está atravesando una emergencia médica, podremos compartir la información que consideremos en su mejor interés, limitada a la participación de esa persona en su atención. Asimismo, podremos compartir su IHP con organizaciones de auxilio en desastres para ayudar a localizar o notificar a su familia.

Asociados comerciales. Podremos compartir su IHP con empresas que nos prestan servicios, como nuestra compañía de facturación. Dichas empresas deberán proteger su información conforme a un acuerdo por escrito.

Asimismo, podremos usar o compartir su IHP sin su autorización en las siguientes situaciones, según lo permita o exija la ley:

- **Según lo exija la ley:** cuando así lo requiera la ley federal, estatal o local.
- **Salud pública:** para reportar enfermedades, lesiones, nacimientos y defunciones; reportar eventos adversos o problemas con productos; y notificar a una persona que pudiera haber estado expuesta a una enfermedad transmisible.
- **Maltrato, negligencia o violencia doméstica:** a autoridades gubernamentales autorizadas para recibir dichos reportes, incluidos los reportes de maltrato infantil o de personas adultas mayores.
- **Supervisión de la salud:** a agencias para auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamiento de licencias, como el Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin.
- **Procedimientos legales:** en respuesta a una orden judicial o administrativa y, en algunos casos, a una citación u otra solicitud legal.
- **Autoridades del orden público:** para fines limitados, como responder a una orden judicial o una orden de cateo, identificar o localizar a una persona sospechosa o desaparecida, proporcionar información sobre una víctima de un delito o una muerte que pudiera haber sido consecuencia de un delito, o reportar un delito en una emergencia.
- **Médicos forenses, examinadores médicos y directores funerarios:** para identificar a una persona, determinar la causa de muerte o desempeñar sus funciones.
- **Donación de órganos y tejidos:** a organizaciones que gestionan la donación de órganos, ojos o tejidos.
- **Investigación:** para investigación aprobada con salvaguardas de privacidad.
- **Amenaza grave a la salud o la seguridad:** para prevenir o reducir una amenaza grave e inminente para usted, otra persona o el público.
- **Funciones gubernamentales especializadas:** para servicios militares, de seguridad nacional y de protección, o a una institución penitenciaria o a un funcionario de seguridad pública que tenga su custodia legal.
- **Compensación para trabajadores:** según lo autoricen las leyes de compensación para trabajadores.
- **Información des-identificada:** de manera que no permita identificarle.

Leyes más estrictas que podrían aplicar

Ley de Wisconsin. La ley de Wisconsin puede otorgar a cierta información una protección mayor que la ley federal, como determinados datos de salud mental, resultados de pruebas de VIH e información sobre tratamiento por consumo de alcohol o drogas. Cuando aplique una ley más estricta, la acataremos.

Información sobre tratamiento de trastorno por consumo de sustancias (SUD). Podremos recibir o conservar expedientes de tratamiento de trastorno por consumo de sustancias (“SUD”) que provengan de ciertos programas o actividades relacionadas con educación, prevención, capacitación, tratamiento, rehabilitación o investigación sobre el consumo de sustancias, los cuales están protegidos conforme a 42 C.F.R. Parte 2 (“Programa de la Parte 2”). Si recibimos o conservamos sus expedientes de un Programa de la Parte 2 con base en un consentimiento general que usted haya otorgado a dicho Programa, autorizando el uso y la divulgación de sus expedientes del Programa de la Parte 2 para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, podremos usar y divulgar esos expedientes para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, según se describe en este Aviso, sujeto a los mismos derechos, restricciones y protecciones. No obstante, si recibimos o conservamos sus expedientes del Programa de la Parte 2 con base en un consentimiento específico por escrito que usted nos haya otorgado a nosotros o a un tercero, usaremos y divulgaremos dichos expedientes únicamente en la medida expresamente permitida por ese consentimiento. Cualquier información de salud protegida de expedientes de SUD que haya sido divulgada podría estar sujeta a una nueva divulgación. No usaremos ni divulgaremos sus expedientes del Programa de la Parte 2

registros, o bien declarar o aportar pruebas que describan la información contenida en dichos registros, en cualquier procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo llevado a cabo por cualquier autoridad federal, estatal o local en su contra, salvo que dicho uso o divulgación esté expresamente autorizado por su consentimiento por escrito o por una orden judicial emitida previa notificación a usted.

Usos que requieren su autorización por escrito

No utilizaremos ni compartiremos su Información de Salud Protegida (PHI) con fines de mercadotecnia, no venderemos su PHI, ni utilizaremos o compartiremos notas de psicoterapia sin su autorización por escrito. Cualquier otro uso o divulgación no descritos en este aviso se realizará únicamente con su autorización por escrito. No utilizamos su PHI para actividades de recaudación de fondos. Usted puede revocar una autorización en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos actuado con base en ella.

Sus derechos

Obtener una copia de sus expedientes de salud y de facturación. Usted puede revisar u obtener una copia en papel o electrónica de los expedientes médicos y de facturación que conservamos sobre usted, y puede solicitarnos que enviemos una copia a otra persona que usted elija. Presente su solicitud en persona, por correo postal o por correo electrónico. Por lo general, responderemos en un plazo de 30 días. Podremos cobrar una tarifa razonable basada en los costos. En circunstancias limitadas, podremos negar su solicitud; le explicaremos el motivo por escrito y le informaremos si puede solicitar que se revise la negativa.

Solicite la corrección de sus expedientes. Si considera que la información de sus expedientes es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que la modifiquemos. Es posible que neguemos la solicitud; sin embargo, le informaremos por escrito el motivo dentro de un plazo de 60 días.

Solicite comunicaciones confidenciales. Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica, por ejemplo, a una dirección postal o a un número telefónico distintos. Aceptaremos todas las solicitudes razonables y no le preguntaremos el motivo.

Solicite que limitemos lo que usamos o compartimos. Puede pedirnos que no utilicemos ni compartamos cierta IPI para fines de tratamiento, pago u operaciones, o con personas involucradas en su atención. No estamos obligados a aceptar, y aun así podríamos usar la información si se requiere para su atención de emergencia. Si paga un servicio en su totalidad de su propio bolsillo, puede solicitarnos que no compartamos información sobre ese servicio con su plan de salud para fines de pago u operaciones, y aceptaremos su solicitud salvo que alguna ley nos obligue a compartirla.

Obtenga una lista de con quién hemos compartido su IPI. Puede solicitar una lista (relación) de ciertas divulgaciones que hayamos realizado durante los seis años previos a su solicitud. La lista no incluirá divulgaciones para tratamiento, pago u operaciones, ni aquellas que usted haya autorizado. La primera lista en cualquier periodo de 12 meses es gratuita; para listas adicionales, podremos cobrar una tarifa razonable basada en los costos.

Obtenga una copia de este aviso. Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibirlo en formato electrónico.

Designe a alguien para que actúe en su nombre. Si otorgó a alguien un poder para decisiones de atención médica, o si alguien es su tutor(a) legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su IPI.

Reciba notificación de una vulneración. Le notificaremos si una vulneración afecta su IPI no protegida.

Quejas

Si considera que se han vulnerado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nuestro Oficial de Privacidad en la dirección indicada a continuación, o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights), 200 Independence Avenue SW, Washington, DC 20201; 1-877-696-6775; www.hhs.gov/ocr/complaints. No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

Cambios a este Aviso

Podremos modificar los términos de este aviso en cualquier momento. Los cambios aplicarán a toda la PHI que mantengamos. El aviso vigente está disponible previa solicitud, en nuestras oficinas y en nuestro sitio web.

Contáctenos

Para hacer preguntas, presentar una queja o ejercer cualquiera de estos derechos, comuníquese con: **Oficial de Privacidad, Fitch-Rona EMS District, 101 Lincoln St., Verona, WI 53593 · (608) 497-2909**

Se ofrece asistencia lingüística y copias de este aviso en otros formatos sin costo. Llame al (608) 497-2909.

Este documento ha sido traducido mediante inteligencia artificial y podría no ser exacto. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la oficina del distrito de EMS