

**Estado de Wyoming  
Departamento de Salud**

**AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Fecha de entrada en vigor: 14 de abril de 2003  
de ahora de abril 13, 2006 adelante

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE  
SU INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL Y CÓMO PUEDE USTED  
ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.  
POR FAVOR, LÉALO ATENTAMENTE**

Este aviso se encuentra disponible en formatos alternativos que se ajustan a las disposiciones de la ley Americans with Disabilities Act (Ley de Estadounidenses con Discapacidades, o ADA). Póngase en contacto con el Departamento de Salud de Wyoming (Wyoming Department of Health) en: Teléfono 307.777.7656, TTY 307.777.5648 o FAX 307.777.7439.

El Departamento de Salud de Wyoming (WDH, por sus siglas en inglés) ofrece muchos tipos de servicios relacionados con la salud, tales como planes de salud públicos, de enfermería pública y de salud preventiva. De acuerdo con la ley federal y estatal, el WDH está obligado a proteger la información que recoge. Esta información se denomina **información médica protegida** PHI, por sus siglas en inglés.

Este Aviso sobre Prácticas de Privacidad le explicará en qué maneras puede el WDH utilizar o divulgar la información médica protegida. No se describen todas las situaciones posibles. El WDH está obligado a avisarle a usted sobre las prácticas de privacidad. El WDH debe seguir los términos del Aviso que se encuentra actualmente en vigor.

En el futuro, el WDH puede cambiar su Aviso sobre Prácticas de Privacidad. Todos los cambios se aplicarán a la información que ya está en poder del WDH, además de a la información que pueda recibir después de realizados dichos cambios. Según ordena la ley, se expondrá una copia del nuevo aviso en todas las instalaciones del WDH. Usted puede solicitar una copia del aviso en vigor cuando visite cualquiera de los centros del WDH, o bien obtenerla en línea en: <http://www.wdh.state.wy.us/wdh>.

**El WDH puede utilizar y divulgar información sobre usted sin su autorización.**

**\$ Para tratamiento.** El WDH puede utilizar y divulgar información a los proveedores de cuidados de la salud responsables de su atención médica. Por ejemplo, puede compartir su información personal para crear y llevar a cabo un plan de tratamiento para usted.

**\$ Para pagos.** El WDH puede utilizar y divulgar información para recibir el pago o para pagar por los servicios de salud que usted reciba. Por ejemplo, el WDH puede proporcionar su PHI para facturarle a su plan de salud los servicios de salud que usted ha recibido.

**\$ Para operaciones de cuidados de la salud.** El WDH puede utilizar y divulgar información para gestionar programas o actividades. Por ejemplo, el WDH puede utilizar su PHI para estudiar la calidad de los servicios que recibe usted.

**\$ Citas y otras informaciones médicas.** El WDH puede recordarle por escrito las fechas de sus cuidados médicos o chequeos. El WDH puede enviarle información sobre servicios médicos que puedan ser de su interés.

**\$ Para actividades sobre salud pública.** El WDH es la agencia pública que mantiene y actualiza los datos vitales ya que realiza el seguimiento de algunas enfermedades.

**\$ Para actividades de supervisión de la salud.** El WDH puede utilizar y divulgar información para inspeccionar o investigar a los proveedores de cuidados de la salud.

**\$ Por requerimiento de la ley o de la Justicia.** El WDH utilizará y divulgará información cuando así lo requiera o permita la ley estatal o federal, o por orden judicial.

**\$ Para programas de gobierno.** El WDH puede utilizar y divulgar información para beneficios públicos correspondientes a otros programas de gobierno.

**\$ Para evitar daños.** El WDH puede utilizar y divulgar información médica protegida a las fuerzas de la ley y el orden para evitar una amenaza seria a la salud de una persona o del público en general.

**\$ Para investigación.** El WDH utiliza información para realizar estudios y elaborar informes. Estos informes no identifican a ninguna persona en particular.

**\$ Información a familiares, amigos y otras personas.** El WDH puede divulgar información a su familia u otras personas que estén involucradas de su cuidado médico. Usted tiene el derecho a oponerse a que se comparta esta información.

### **El uso y divulgación de su PHI por otros motivos requiere su autorización por escrito.**

**\$ Para otras situaciones.** El WDH le pedirá que usted lo autorice por escrito antes de utilizar o divulgar información. Usted puede cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento. El WDH no puede anular cualquier uso o divulgación que ya se hayan realizado con su autorización.

**\$ Otras leyes que protegen la PHI.** Muchos programas del WDH tienen otras leyes para el uso y la divulgación de la información personal. Por ejemplo, usted debe autorizarlo por escrito para que el WDH pueda utilizar o divulgar su historial de salud mental y dependencia de sustancias químicas.

### **Sus derechos de privacidad referentes a la PHI.**

**\$ Derecho a ver y a recibir copias de su historial.** En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a ver o recibir copias de su historial. Para ello debe cursar una solicitud por escrito. Es posible que deba pagar una cuota para cubrir el coste de copiar su historial.

**§ Derecho a solicitar la corrección o la puesta al día de su historial.** Usted puede solicitar al WDH que cambie o agregue nueva información a su historial si cree que hay algún error. Para ello debe cursar la petición por escrito y proporcionar un motivo para dicho cambio. El WDH no está obligado a garantizarle su petición.

**§ Derecho a recibir una lista de la información divulgada.** Usted tiene derecho a solicitar al WDH una lista de las ocasiones en que su información médica protegida ha sido divulgada después de la fecha del 14 de abril de 2003. Para ello debe cursar una solicitud por escrito. Esta lista no incluirá la información divulgada por motivos de tratamiento, pago u operaciones de cuidados de la salud. Esta lista tampoco incluirá la información proporcionada directamente a usted o su familia, o la información que fue enviada con su autorización.

**§ Derecho a solicitar una limitación al uso o divulgación de su PHI.** Usted tiene derecho a solicitarle al WDH que limite cómo se utiliza o divulga la información referente a usted. Para ello debe cursar una solicitud por escrito e indicarle al WDH qué información desea usted limitar y a quién deben aplicarse estos límites. El WDH no está obligado a garantizarle esta restricción. Asimismo, usted puede solicitar que se elimine la restricción tanto verbalmente como por escrito.

**§ Derecho a revocar el permiso.** Si le piden que firme una autorización para utilizar o divulgar información, usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento. Para ello debe cursar una solicitud por escrito. Esto no afectará a la información que ya ha sido compartida por el WDH.

**§ Derecho a elegir la forma en que nos comunicamos con usted.** Usted tiene derecho a pedirle al WDH que comparta la información con usted en determinada manera o lugar. Por ejemplo, puede solicitar al WDH que le envíe la información a su lugar de trabajo, en lugar de a su domicilio. Para ello debe cursar una solicitud por escrito. No es necesario explicar los motivos de su petición.

**§ Derecho a presentar una queja.** Usted tiene derecho a presentar una queja si no está de acuerdo con el modo en que el WDH ha utilizado o divulgado información referente a usted.

**§ Derecho a obtener una copia en papel de este aviso.** Usted tiene derecho a solicitar en cualquier momento una copia en papel de este aviso.

### **Cómo contactar con el WDH para examinar, corregir o limitar su información médica protegida (PHI).**

Usted puede ponerse en contacto con su oficina local del WDH en la dirección que encontrará el final de este aviso para:

**T** Solicitar ver u obtener una copia de su historial  
**T** Solicitar una corrección o cambio en su historial  
**T** Solicitar una limitación de cómo se divulga su información personal

**T** Solicitar una lista de las veces en que el WDH ha divulgado información sobre usted.  
**T** Solicitar la cancelación de su autorización a divulgar información  
**T** Presentar una queja

El WDH puede denegarle la solicitud de ver, copiar o cambiar su historial. Si el WDH le deniega la solicitud, le enviará una carta que le explique el motivo de la negativa y qué debe hacer para pedir una revisión de esta decisión. Asimismo, recibirá información sobre cómo presentar una queja ante el WDH o el U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.).

## Como presentar una queja o comunicar un problema

Si usted quiere presentar una queja o comunicar algún problema sobre la forma en que el WDH ha utilizado o divulgado su información personal, puede ponerse en contacto con las personas que aparecen a continuación. Sus beneficios no se verán afectados por las quejas que usted presente. El WDH no puede tomar medidas contra usted por presentar una queja, cooperar con una investigación o negarse a hacer algo que usted considera injusto o ilegal.

De Anna Greene, HIPAA Compliance Officer  
Wyoming Department of Health  
4<sup>th</sup> Floor Hathaway Building  
Cheyenne, WY 82002  
Teléfono: (307) 777-8664 E-mail: [dgreen@state.wy.us](mailto:dgreen@state.wy.us)

### Para más información

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o necesita más información, puede ponerse en contacto con el Privacy Officer (oficial de privacidad) del WDH.

De Anna Greene, HIPAA Compliance Officer  
Wyoming Department of Health  
4<sup>th</sup> Floor Hathaway Building  
Cheyenne, WY 82002  
Teléfono: (307) 777-8664 E-mail: [dgreen@state.wy.us](mailto:dgreen@state.wy.us)