

Notice of Privacy Practices

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review carefully.

This Notice is effective on July 1, 2017.

I. Who We Are

This Notice describes the privacy practices of Marshfield Clinic Health System, Inc., Marshfield Clinic, Inc., MCHS Hospitals, Inc. (d/b/a Marshfield Medical Center), Family Health Center of Marshfield, Inc., and Lakeview Medical Center, Inc. of Rice Lake (“covered entities”).

The covered entities and Security Health Plan of Wisconsin, Inc. are each legally separate entities. The covered entities and Security Health Plan have formed an Organized Health Care Arrangement (“OHCA”), which allows the organizations to manage care in an efficient and patient-friendly manner.

The covered entities are referred to as “we” or “our” below.

II. Our Privacy Obligations

We have long been committed to protecting patient privacy. As part of this commitment, we follow federal and state law which requires us to maintain the privacy of your health information and to provide you with this Notice of our privacy practices. When we use or disclose your health information, we are required to follow the privacy practices described in this Notice (or other Notice in effect at the time of the use or disclosure).

We must follow either federal or state law, whichever is more protective of your privacy rights. For example, if federal law allows certain disclosures of your health information without your written authorization, but state law does require your written authorization for such disclosures, we must follow state law.

We reserve the right to change the privacy practices described in this Notice at any time.

Changes to our privacy practices would apply to all health information we maintain. If we change our privacy practices, we will post the new Notice on our website at www.marshfieldclinic.org, or make it available to you.

III. When We May Use and Disclose Your Health Information With Your Written Authorization

Use or Disclosure with Your Authorization. For any purpose other than the ones described below, we may use or disclose your health information only when you give us your written authorization to do so. For example, we cannot send your health information to your life insurance company or sell your health information without your authorization.

Marketing. We must also obtain your written authorization before using your health information to send any marketing materials to you. We can provide you with marketing materials in a face-to-face encounter, or a promotional gift of very small value, if we so choose. We may communicate with you about products or services relating to your treatment, to coordinate or manage your care, or provide you with information about different treatments, providers or care settings.

Uses and Disclosures of Your Highly Confidential Information. Federal and state law require special privacy protections for certain highly confidential information about you (“**Highly Confidential Information**”), including the part of your health information that is: (1) maintained in psychotherapy notes; (2) about treatment of mental illness or developmental disability; (3) about the identity, diagnosis, prognosis, or treatment for alcohol or drug dependency; (4) about HIV test results; or (5) about child abuse or neglect. Except for certain treatment purposes described in Section IV below, we will generally obtain your written authorization for uses or disclosures of Highly Confidential Information for the purposes described in Section IV. The only exception to this is if we are allowed by law to disclose your Highly

Confidential Information for certain purposes without your written authorization. For example, we are allowed to disclose information about treatment of mental illness or developmental disability to other health care providers involved in your treatment.

IV. When We May Use or Disclose Your Health Information Without Your Written Authorization

Treatment. We may use or disclose your health information to provide treatment and other services to you. For example, a doctor may use the information in your medical record to diagnose your injury or illness and determine which treatment option, such as medication or surgery, best addresses your health needs. In addition, we may use your health information for appointment reminders or to send you information about treatment alternatives or other health-related benefits and services that may be of interest to you. We may disclose your health information to other health care providers involved in your treatment.

Payment. We may use and disclose your health information to obtain payment for services that we provide to you. For example, in order for an insurance company to pay for your treatment, we must submit a bill that identifies you, your diagnosis, and the treatment provided to you. As a result, we will provide such health information to an insurer to obtain payment for your medical bills. We may also disclose your health information to another health care provider or health plan for its payment activities – for example, for the health plan to determine your eligibility or coverage.

Health Care Operations. We may need to use your health information to improve the quality or cost of care we deliver. These quality and cost improvement activities may include using your health information to evaluate the quality of our health care services or sharing your health information with our Patient Experience Liaisons to ensure that you have a comfortable visit with us. We may also disclose your health information to another health care provider or health plan that has or had a relationship with you for their

health care operational activities, such as for the other health care provider or health plan to evaluate the performance of your doctors, nurses and other health care professionals.

Shared Medical Record/Health Information Exchange. We participate in a regional arrangement of health care organizations, who have agreed to work with each other, to facilitate access to health information that may be relevant to your care. For example, if you are admitted to a hospital on an emergency basis and cannot provide important information about your health condition, this regional arrangement will allow us to make your health information from other participants available to those who need it to treat you at the hospital. When it is needed, ready access to your health information means better care for you.

We store health information about our patients in a joint electronic medical record with other health care providers who participate in this regional arrangement. The participants may share or have access to your health information through the joint electronic medical record for purposes described in this Notice. You may contact the Privacy Office at telephone number **866-268-9199** for a list of healthcare providers who participate in the joint electronic medical record.

Disclosures to Business Associates. In order for us to carry out treatment, payment or health care operations, we may disclose your health information to persons or organizations that perform a service for us, or on our behalf, that requires the use or disclosure of individually identifiable health information. Such persons or organizations are our business associates. For example, we may disclose your health information to an agency that accredits health care organizations or to a collection agency to collect payment of medical bills.

Disclosures to Relatives, Close Friends and Other Caregivers. In certain limited situations, we may disclose important health information to people such as your family members, relatives, or close friends who are helping to care for you or helping you pay your medical bills. The information disclosed may include the information that we believe is directly relevant to their involvement in your care or payment for your medical bills,

and may include your location, general condition or death. We will ask you if you agree to such a disclosure, unless you are unable to function or there is an emergency. If you are unable to function or there is an emergency, we will disclose your health information if we determine it would be in your best interest. We may disclose applicable health information to family members and others who were involved in a decedent's care or payment for care prior to the patient's death, unless doing so is contrary to the decedent's prior expressed preference made known to us. In addition, we may disclose your health information to organizations authorized to handle disaster relief efforts so those who care for you can receive information about your location or health status.

Facility/Patient Directory. If you are admitted, we will list your name, your location in the facility, and your general medical condition in our directory. The directory information will be provided to persons who ask for your information by your name. If you do not want us to list this information in our directory and provide it to those who request it, you must inform an employee that you object to this practice.

Fundraising Communications. We may contact you to request a tax-deductible contribution to support our activities. If we conduct fundraising, we may share demographic and other information about you (such as your name, address, date of birth, other contact information, dates and departments of service, treating physician, health insurance status, and general outcome information), with our fundraising staff without your written authorization. If you do not want to receive further fundraising communications, please contact Marshfield Clinic by mail at 1000 N. Oak Avenue, Attn: MCHS Foundation-1R1, Marshfield, WI 54449; or, by email at giving@marshfieldclinic.org; or, by phone at **715-387-9249** or **800-858-5220**.

Public Health Activities. If required or allowed by law, we may disclose your health information for the following public health activities: (1) to report health information to public health authorities for the purpose of preventing or controlling disease, injury or disability; (2) to report information about products and services under the jurisdiction

of the U.S. Food and Drug Administration; (3) to alert a person who may have been exposed to a communicable disease or may otherwise be at risk of contracting or spreading a disease or condition; or (4) to report information to your employer as required by laws addressing work-related illnesses and injuries or workplace safety.

Victims of Abuse, Neglect or Domestic Violence. If we reasonably believe you are a victim of abuse, neglect or domestic violence and the reporting of such information is required or allowed by law, we may disclose your health information to a governmental authority, including a social service or protective services agency.

Health Oversight Activities. As required or allowed by law, we may disclose your health information to a government agency that is legally responsible for overseeing the health care system and is responsible for ensuring compliance with the rules of government health programs such as Medicare or Medicaid.

Judicial and Administrative Proceedings. We may disclose your health information in the course of a judicial or administrative proceeding in response to a legal order or other lawful process.

Law Enforcement Officials. We may disclose your health information to the police or other law enforcement officials as required or allowed by law.

Coroners, Medical Examiners and Funeral Directors. We may disclose your health information to a coroner, medical examiner or funeral director as required or allowed by law.

Organ and Tissue Donation. We may disclose your health information to organizations that facilitate organ, eye or tissue donation, banking or transplantation.

Research. There are situations when researchers and research staff may use or disclose your health information for research purposes without your authorization. Researchers may conduct research that simply involves reviewing your health information and the health information of others with similar conditions or diseases. In such situations, researchers will not contact you for your authorization, but must obtain permission

from a board (called the Institutional Review Board) that is in place to ensure that the welfare and privacy of research participants is protected, as required by law. Researchers may also review your health information to determine if there are enough patients with a specific disease or condition to conduct a study or determine whether you would be a good candidate for a study that will involve interaction with you. In this situation, they may contact you to ask if you would like to participate in a study.

Health or Safety. We may use or disclose your health information to prevent or lessen a serious and imminent threat to the health or safety of a person or the general public.

Specialized Government Functions. We may use and disclose your health information for authorized national security activities or to units of the government with special functions, such as the U.S. military or the U.S. Department of State under certain circumstances.

Inmates. If you are an inmate of a correctional institution or under the custody of a law enforcement official, we may disclose your health information to the correctional institution or law enforcement official for certain purposes. For example, we may disclose your health information to a correctional institution to provide you with health care.

Workers' Compensation. We may disclose your health information to the extent necessary to comply with workers' compensation law or similar laws.

To Comply With the Law. We may use and disclose your health information when required to do so by any other law not already referred to in this section.

V. Your Rights Regarding Your Health Information

Right to Request Restrictions on Certain Uses and Disclosures of Your Health Information.

You may ask for restrictions on how your health information is used or to whom your health information is disclosed:

(1) for treatment, payment and health care operations, (2) to family or friends involved in your care or payment of medical bills, or (3)

to authorities involved in disaster relief efforts. While we will consider all requests for restrictions, we are not required to agree to your request. To request restrictions on how we use and disclose your health information for the purposes described above, you must obtain a restriction request form from our Health Information Management staff and submit the completed form to them. We will send you a written response.

Right to Request Restrictions on Disclosure of Your Health Information to a Health Plan. You have a right to request, in writing, restrictions on disclosure of your health information to a health plan if the information pertains solely to a health care item or service for which you, or someone on your behalf, has paid out-of-pocket, in full.

Right to Receive Confidential Communications of Your Health Information. We will accommodate any reasonable request that we communicate your health information in different ways or places. For example, you may wish to receive your billing statement at a P.O. Box instead of a street address. We may ask you to put your request in writing.

Right to Cancel Authorization to Use or Disclose Your Health Information. You may cancel an authorization you have provided to us except if we have already relied on it. To cancel an authorization, you must obtain a cancellation form from our Health Information Management staff and submit the completed form to them.

Right to Inspect and Copy Your Health Information. You may request access to your health information in order to review or request copies of such information. In certain situations, we may deny you access to a portion of your health information (for example, mental health records or information gathered for judicial proceedings) as allowed by law. To review or obtain copies of your health information, we require that your request be submitted in writing. You must obtain an access request form from our Health Information Management staff and submit the completed form to them. We will charge you a reasonable fee for copies of your health information, which may include the cost of copying (including cost of supplies and labor), postage and preparing an explanation or summary of your health information.

You have the right to request that the copy be provided in an electronic form or format. If the form and format are not readily producible, we will work with you to create a reasonable electronic form or format. If you decline the available electronic formats, we will provide you with a paper copy.

You should note that, if you are a parent or legal guardian of a minor (child under age 18), certain portions of the minor's health information may not be accessible to you (for example, records relating to alcohol and other drug abuse treatment, HIV test results, or if the minor is emancipated).

Right to Request to Correct Your Health Information. You may ask us to correct your health information. While we will consider all requests for corrections, we may deny your request for legitimate reasons (for example, if your health information is accurate and complete or we did not create the health information you believe is incorrect). To request a correction to your health information, you must obtain an amendment request form from our Health Information Management staff and submit the completed form to them. The completed form must include the reason for your request.

Right to Receive a Record of Disclosures of Your Health Information. You may ask for a list of certain disclosures of your health information made by us, in the six years prior to the date of your request. This list must include the date of each disclosure, who received the health information disclosed, a brief description of the health information disclosed, and why the disclosure was made. This list will not include disclosures made to you, or for purposes of treatment, payment, health care operations, or for certain other purposes. To request a list of such disclosures, you must obtain an accounting request form from our Health Information Management staff and submit the completed form to them. If you request a list of such disclosures more than once during a twelve (12) month period, we may charge you a reasonable fee.

Right to Receive Paper Copy of this Notice. You may request a paper copy of this Notice at any time, even if you earlier agreed to receive this Notice electronically. You may also access

this Notice on our Internet site at www.marshfieldclinic.org.

Right to Your Own Billing Account. If you share a multiple-adult account (that is, an account with two or more adults where the adults receive the bill for all individuals in this account), you have the right to request your own account. If you choose to remain in the multiple-adult account, you will need to sign an authorization form to allow the disclosure of your health information on the bill to other adults in your account. If you want your own account, you may ask our Customer Service staff in Patient Financial Services to create this account. The establishment of a new account for you, separate from that of your spouse or children, means that you may receive multiple bills and will need to write separate checks for each bill. If you have questions regarding these options, call **1-800-782-8581** and ask for Customer Service.

Right to Notification of Breach: You have the right to be informed of a breach of your protected health information. We will notify you, within 60 days of discovery, if we breach your unsecured protected health information.

VI. Complaints

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with the federal Department of Health and Human Services and us. We will not retaliate against you for filing such a complaint. To file a complaint, please contact our **Privacy Office, Marshfield Clinic, 1000 N. Oak Ave., Marshfield, WI 54449**. All complaints must be submitted in writing.

VII. Questions

If you have any questions about your privacy rights or the information in this Notice, you may contact our Privacy Office at **1-866-268-9199**.

Updated 7/1/17 by Privacy Officer - Corporate Compliance

Notificación de prácticas de privacidad

En esta Notificación se describe de qué manera puede utilizarse y revelarse su información médica y cómo puede usted acceder a esta información. Por favor léala detenidamente.

Esta Notificación entra en vigencia el 1 de julio de 2017.

I. Quiénes somos

En esta Notificación se describen las prácticas de la privacidad de Marshfield Clinic Health System, Inc., Marshfield Clinic Inc., MCHS Hospitals Inc., (nombre comercial, Marshfield Medical Center), Family Health Center of Marshfield, Inc., y Lakeview Medical Center, Inc. of Rice Lake (“entidades cubiertas”).

Las entidades cubiertas y Security Health Plan of Wisconsin, Inc. son cada una entidades legalmente separadas. Las entidades cubiertas y Security Health Plan han formado el Convenio Sobre Atención Médica Organizada (“OHCA”, por sus siglas en inglés), el cual permite a las organizaciones manejar la atención médica de una manera eficiente y amigable para el paciente.

Las palabras “nosotros” o “nuestro/nuestra” a continuación, se refieren a las entidades cubiertas.

II. Nuestras obligaciones con respecto a la privacidad

Hace mucho tiempo que estamos comprometidos con la protección de la privacidad de los pacientes. Como parte de este compromiso, seguimos la ley federal y estatal, las cuales nos exigen que mantengamos la privacidad de su información médica y le suministremos esta Notificación de nuestras prácticas de privacidad. Cuando utilizamos o divulgamos su información médica, estamos obligados a seguir las prácticas de privacidad detalladas en esta Notificación (u otra Notificación vigente al momento de la utilización o divulgación de la información).

Debemos seguir ya sea la ley federal o la estatal; la que proteja más extensivamente sus derechos a la privacidad. Por ejemplo, si la ley federal permite ciertas divulgaciones de su información médica sin su autorización por escrito, pero la ley estatal exige su autorización por escrito para dichas divulgaciones, debemos obedecer la ley estatal.

Nos reservamos el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas en esta Notificación en cualquier momento. Las modificaciones realizadas a nuestras prácticas de privacidad se aplicarán a toda la información médica que conservamos. Si modificamos nuestras prácticas de privacidad, publicaremos la nueva Notificación en nuestro sitio web www.marshfieldclinic.org o la pondremos a su disposición por otros medios.

III. Cuándo podremos utilizar y divulgar su información médica con su autorización por escrito

Uso o divulgación con su autorización. Para cualquier otro fin distinto a los descritos debajo, sólo podremos utilizar o divulgar su información médica cuando usted nos suministre una autorización por escrito para hacerlo. Por ejemplo, no podemos enviar su información médica a su compañía de seguros de vida ni vender su información médica sin su autorización.

Comercialización. También debemos obtener su autorización por escrito antes de utilizar su información médica para enviarle material de comercialización a usted. Podemos entregarle material de comercialización personalmente o mediante un obsequio promocional de muy poco valor, si así lo decidimos. Podemos comunicarnos con usted por productos o servicios relacionados con su tratamiento, para coordinar o administrar su atención, o para brindarle información sobre diferentes tratamientos, proveedores o entornos de atención.

Usos y divulgaciones de su información estrictamente confidencial.

Las leyes federales y estatales requieren protecciones especiales de la privacidad para cierta información estrictamente confidencial sobre usted (“Información estrictamente confidencial”), que incluye la parte de su información médica que: (1) se conserve en notas de psicoterapia; (2) se refiera al tratamiento de una enfermedad mental o discapacidad del desarrollo; (3) se refiera a la identidad, el diagnóstico, el pronóstico o tratamiento para casos de dependencia del alcohol o las drogas; (4) implique resultados de un análisis de VIH; o (5) se refiera a abuso o abandono de menores. Salvo para ciertos fines del tratamiento descritos abajo en la Sección IV, generalmente le solicitaremos su autorización por escrito para utilizar o divulgar Información estrictamente confidencial. La única excepción a esto se aplica en caso de que la ley nos permita divulgar su Información estrictamente confidencial para ciertos fines, sin su autorización por escrito. Por ejemplo, estamos autorizados a divulgar información sobre el tratamiento de una enfermedad mental o discapacidad del desarrollo a otros proveedores médicos involucrados en su tratamiento.

IV. Cuándo podremos utilizar o divulgar su información médica sin su autorización por escrito

Tratamiento. Podemos utilizar o divulgar su información médica para proporcionarle tratamiento y otros servicios. Por ejemplo, un médico puede utilizar la información de su expediente médico para diagnosticar una lesión o enfermedad y determinar qué opción de tratamiento, como medicamentos o cirugía, responde mejor a sus necesidades médicas. Además, podemos utilizar su información médica para recordarle sus citas o enviarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con su salud que pudieran ser de su interés. Podemos divulgar su información médica a otros proveedores de atención médica involucrados en su tratamiento.

Pago. Podemos utilizar y divulgar su información médica para obtener el pago por los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, para que una compañía de seguros pague por su tratamiento, debemos enviar una factura que lo identifique a usted, que identifique su diagnóstico y el tratamiento que se le proporcionó. Como consecuencia, debemos suministrarle dicha información médica a la compañía de seguros para obtener el pago por sus cuentas médicas. También podemos divulgar su información médica a otro proveedor de atención médica o plan de salud para sus actividades de pago, por ejemplo, para que el plan de salud determine su elegibilidad o cobertura.

Operaciones de atención médica. Es posible que necesitemos utilizar su información médica para mejorar la calidad o el costo de la atención que brindamos. Estas actividades de mejora de la calidad y del costo pueden incluir la utilización de su información médica para evaluar la calidad de nuestros servicios de atención médica, o para compartir su información médica con nuestros coordinadores de Experiencia del Paciente a fin de asegurarnos de que usted se sienta a gusto al visitarnos. Asimismo, podemos divulgar su información médica a otro proveedor de atención médica o plan de salud que tenga o haya tenido relación con usted por sus actividades operativas de atención médica, por ejemplo, otro proveedor de atención médica o plan de salud para evaluar el desempeño de los médicos, los enfermeros y otros profesionales de atención médica que lo atienden.

Expediente médico compartido/intercambio de información médica. Participamos en un acuerdo regional de organizaciones de atención médica en el que hemos acordado trabajar en conjunto para facilitar el acceso a la información médica que pueda ser relevante para su atención. Por ejemplo, si lo internan de emergencia en un hospital y no puede suministrar información importante sobre su afección médica, este acuerdo regional nos permitirá poner su información médica procedente de otros participantes a disposición de aquellos que la necesiten para tratarlo en el hospital. Cuando es necesario, el acceso inmediato a

su información médica significa una mejor atención para usted.

Almacenamos la información médica de nuestros pacientes en un expediente médico electrónico compartido con otros proveedores de atención médica que participan en este acuerdo regional. Los participantes pueden compartir su información médica o acceder a ella a través del expediente médico electrónico compartido con los fines que se describen en esta Notificación. Puede comunicarse con la oficina de Privacidad al número de teléfono **1-866-268-9199** para solicitar una lista de los proveedores de atención médica que participan en el expediente médico electrónico compartido.

Divulgaciones a socios comerciales. A los fines de que podamos llevar a cabo las operaciones relativas a su tratamiento, el pago o su atención médica, podemos divulgar su información médica a personas u organizaciones que prestan un servicio para nosotros, o en nuestro nombre, y que requieren la utilización o la divulgación de información médica individualmente identificable. Dichas personas u organizaciones son nuestros socios comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica a una agencia que autoriza a las organizaciones de atención médica o a una agencia de cobranzas para recaudar el pago de las cuentas médicas.

Divulgaciones a parientes, amigos cercanos y otros proveedores de cuidado.

En ciertas situaciones muy específicas, podemos divulgar información médica importante a personas como miembros de la familia, parientes o amigos cercanos que colaboran con su cuidado o el pago de sus cuentas médicas. La información que se divulga puede incluir la información que consideramos directamente relevante para la participación en su cuidado o el pago de sus cuentas médicas y el lugar donde usted está ubicado, su estado general o su muerte. Le preguntaremos si está de acuerdo con dicha divulgación, salvo que no se encuentre consciente o se trate de una emergencia. En caso de que usted no se encuentre consciente o que se trate de una emergencia, divulgaremos su información médica si determinamos que es en su beneficio.

Podemos revelar información médica según corresponda a familiares y otras personas que se encargaron de la atención o el pago de la atención de un difunto antes de la muerte del paciente, a menos que el paciente nos haya manifestado con anterioridad su voluntad de que esto no suceda. Además, podemos divulgar su información médica a organizaciones autorizadas para ocuparse de tareas de socorro en caso de catástrofe, de manera que quienes se preocupan por usted puedan recibir información sobre su ubicación o estado de salud.

Directorio de la Instalación/paciente. Si usted ha sido admitido, en la lista de nuestro directorio tendremos su nombre, ubicación en nuestras instalaciones y condición médica general. La información del directorio será proporcionada a las personas que pregunten por la información bajo su nombre. Si usted no quiere que tengamos esta información en nuestro directorio ni que la proporcionemos a cualquier persona que la pida, debe informar a un empleado que usted rechaza esta política.

Comunicados para recaudación de fondos. Es posible que nos comuniquemos con usted para solicitarle una contribución desgravable para financiar nuestras actividades. En caso de que realicemos una recaudación de fondos, podemos compartir información demográfica y de otro tipo acerca de usted (como su nombre, dirección, fecha de nacimiento, otro información de contacto, fechas y departamentos del servicio, médico tratante, status de su seguro médico e información general del resultado) con el personal a cargo de la recaudación de fondos sin su autorización por escrito. Si desea dejar de recibir comunicados en relación con recaudaciones de fondos, envíe una carta a Marshfield Clinic por correo a la dirección 1000 N. Oak Avenue, Attn: MCHS Foundation - 1R1, Marshfield, WI 54449; o por correo electrónico a giving@marshfieldclinic.org; o, por teléfono al 715-387-9249 o 800-858-5220.

Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica. Si creemos razonablemente que usted es víctima de abuso, abandono o violencia doméstica, y la ley exige o permite la comunicación de dicha información, podemos

divulgar su información médica a una autoridad gubernamental, incluidas las agencias de servicios sociales o de servicios de protección.

Actividades de fiscalización de la salud.

Según la ley lo exija o permita, podemos divulgar su información médica a una agencia gubernamental legalmente responsable de fiscalizar el sistema de atención médica y asegurar el cumplimiento de las reglas de los programas de salud del gobierno como Medicare o Medicaid.

Procesos judiciales y administrativos.

Podemos divulgar su información médica en el transcurso de un proceso judicial o administrativo, en respuesta a una orden judicial u otro proceso legal.

Miembros de las fuerzas de seguridad.

Podemos divulgar su información médica a la policía u otros miembros de las fuerzas de seguridad, según lo exija o permita la ley.

Jueces de instrucción, médicos forenses y directores funerarios. Podemos divulgar su información médica a un juez de instrucción, médico forense o director funerario según lo exija o permita la ley.

Donación de órganos y tejidos. Podemos divulgar su información médica a organizaciones que posibilitan la donación, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos.

Investigación. Hay situaciones en las que los investigadores y el personal de investigación pueden utilizar o divulgar su información médica para fines de investigación, sin su autorización. Los investigadores pueden llevar a cabo una investigación que simplemente implica revisar su información médica y la de otras personas con afecciones o enfermedades similares. En dichas situaciones, los investigadores no se comunicarán con usted para solicitar su autorización, pero deberán obtener el permiso de un consejo (llamado Consejo de revisión institucional) que se crea para garantizar la protección del bienestar y la privacidad de los participantes de la investigación, según lo exige la ley. Los investigadores también pueden revisar su información médica para determinar si hay

suficientes pacientes con una enfermedad o afección específica para realizar un estudio, o si usted sería un buen candidato para un estudio que implicará la interacción con usted. En esta situación, podrían comunicarse con usted para preguntar si le gustaría participar en un estudio.

Salud o seguridad. Podemos utilizar o divulgar su información médica para prevenir o atenuar una amenaza seria e inminente para la salud o seguridad de una persona o del público en general.

Funciones gubernamentales especializadas.

En ciertas circunstancias, podemos utilizar y divulgar su información médica para actividades de seguridad nacional autorizadas, o a unidades del gobierno con funciones especiales como el Ejército de los EE. UU. o el Departamento de Estado de los EE. UU.

Recluso. Si usted es un recluso de una institución penitenciaria o se encuentra bajo la custodia de un miembro de las fuerzas de seguridad, podemos divulgar su información médica a la institución penitenciaria o al miembro de las fuerzas de seguridad para ciertos fines. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica a una institución penitenciaria para brindarle atención médica.

Compensación al trabajador. Podemos divulgar su información médica cuando la medida en que sea necesario para cumplir con la Ley de Indemnizaciones por Accidentes de trabajo o leyes similares.

Para cumplir con la ley. Podemos utilizar o divulgar su información médica cuando alguna otra ley a la que todavía no se ha hecho referencia en esta sección nos lo exija.

V. Sus derechos en relación con su información médica

Derecho a solicitar restricciones en ciertos usos y divulgaciones de su información médica. Usted puede solicitar que se restrinja la manera en que se utiliza su información médica y a quién se la divulga: (1) para las operaciones relativas al tratamiento, el pago y la atención médica, (2) a los familiares o amigos que participan en su cuidado o el pago de sus cuentas médicas, o (3) a las autoridades

involucradas en tareas de socorro en caso de catástrofe. Si bien consideraremos todas las solicitudes de restricciones, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Para solicitar que se restrinja la manera en que utilizamos y divulgamos su información médica para los fines descritos arriba, usted debe obtener un formulario de solicitud de restricción a través del personal de nuestro Departamento de gestión de información médica y entregarles el formulario completo a ellos. Le enviaremos una respuesta por escrito.

Derecho a solicitar restricciones en la divulgación de su información médica a un plan de salud. Tiene derecho a solicitar por escrito que se apliquen restricciones en la divulgación de su información médica a un plan de salud si la información es concerniente a un artículo o servicio de atención médica que usted pagó u otra persona pagó en su nombre en efectivo y por completo.

Derecho a recibir comunicados confidenciales de su información médica. Aceptaremos cualquier solicitud razonable para que comuniquemos su información médica en diferentes formas o lugares. Por ejemplo, es posible que usted desee recibir su estado de cuenta en una casilla de correo, en vez de en una dirección postal. Podemos solicitarle que realice su solicitud por escrito.

Derecho a cancelar una autorización para utilizar o divulgar su información médica. Usted puede cancelar una autorización que nos haya suministrado, salvo que ya hayamos hecho uso del permiso que nos otorgaba. Para cancelar una autorización, debe obtener un formulario de cancelación a través del personal de nuestro Departamento de gestión de información médica y entregarles el formulario completo a ellos.

Derecho a inspeccionar y copiar su información médica. Usted puede solicitar el acceso a su información médica para revisarla o solicitar copias de dicha información. En ciertas situaciones, podemos negarle el acceso a una parte de su información médica (por ejemplo, a los expedientes de salud mental o la información recopilada para procedimientos judiciales), según lo que permita la ley. Para

revisar u obtener copias de su información médica, requerimos que usted haga su solicitud por escrito. Debe obtener un formulario de solicitud de acceso a través del personal de nuestro Departamento de gestión de información médica y entregarles el formulario completo a ellos. Le cobraremos un cargo razonable por las copias de su información médica, el cual puede incluir el costo del copiado (que incluye el costo de los insumos y la mano de obra), el envío postal y la redacción de una explicación o resumen de su información médica. Tiene derecho a solicitar que la copia se le proporcione en formato electrónico. Si no es posible ofrecerle la copia en dicho formato, trabajaremos con usted para crear un formato electrónico razonable. Si no desea recibir la copia en los formatos electrónicos disponibles, se la proporcionaremos en papel.

Debe tener en cuenta que, si usted es padre o tutor legal de un menor (hijo menor de 18 años) o si el menor está emancipado, es posible que no tenga acceso a ciertas partes de la información médica de su hijo (por ejemplo, expedientes de tratamientos de alcoholismo o adicción a las drogas, o resultados de análisis de VIH).

Derecho a solicitar la corrección de su información médica. Usted puede solicitarnos que corriamos su información médica. Si bien consideraremos todas las solicitudes de corrección, podemos rechazar su solicitud por razones legítimas (por ejemplo, si su información médica es precisa y completa o si no generamos la información médica que usted cree que es incorrecta). Para solicitar una corrección de su información médica, debe obtener un formulario de solicitud de corrección a través del personal de nuestro Departamento de gestión de información médica y entregarles el formulario completo a ellos. El formulario completo debe incluir el motivo de su solicitud.

Derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información médica. Puede solicitar una lista de ciertas divulgaciones de su información médica que hayamos realizado durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. Esta lista

debe incluir la fecha de cada divulgación, quién recibió la información médica, una breve descripción de la información médica que se compartió y el motivo de la divulgación. Esta lista no incluye las divulgaciones realizadas a usted ni las realizadas con relación a su tratamiento, al pago o a su atención médica ni para ciertos otros fines. Para solicitar una lista de dichas divulgaciones debe obtener un formulario de solicitud de informe a través del personal de nuestro Departamento de gestión de información médica y entregarles el formulario completo a ellos. Si solicita una lista de dichas divulgaciones más de una vez durante un período de doce (12) meses, es posible que le cobremos un cargo razonable.

Derecho a recibir una copia en papel de esta Notificación. Usted puede solicitar una copia en papel de esta Notificación en cualquier momento, incluso si anteriormente aceptó recibir esta Notificación electrónicamente. También puede acceder a esta Notificación en nuestro sitio web, www.marshfieldclinic.org.

Derecho a tener su propia cuenta de facturación. Si comparte una cuenta de adultos múltiple (es decir, una cuenta de dos o más adultos donde estos reciben la factura para todos los individuos en esta cuenta), usted tiene derecho a solicitar su propia cuenta. Si usted elige permanecer en la cuenta de adultos múltiple, debe firmar un formulario de autorización para permitir la divulgación de su información médica en la factura a otros adultos en su cuenta. Si desea tener su propia cuenta, puede solicitarle a nuestro personal de Servicio al cliente en Servicios financieros para pacientes que le abran esta cuenta. Si abre una nueva cuenta para usted, diferente de la de su cónyuge o hijos, puede recibir varias facturas y deberá extender cheques distintos para cada factura. Si tiene alguna pregunta con respecto a estas opciones, llame al **1-800-782-8581** y pida hablar con el Servicio al cliente.

Derecho a recibir una Notificación en caso de incumplimiento. Usted tiene derecho a recibir una Notificación en caso de que se produzca un incumplimiento en la protección de su información médica. Si esto sucede, le enviaremos una Notificación dentro de los 60 días del descubrimiento.

VI. Quejas

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja en el Departamento de Salud y Servicios Humanos y ante nosotros. No tomaremos represalias contra usted por presentar dicha queja. Para presentar una queja, comuníquese con nuestra oficina de Privacidad a la siguiente dirección: **Privacy Office, Marshfield Clinic, 1000 N Oak Avenue, Marshfield, WI 54449**. Todas las quejas deben presentarse por escrito.

VII. Preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos de privacidad o sobre la información que contiene esta Notificación, puede comunicarse con nuestra oficina de Privacidad al **1-866-268-9199**.