



## 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 IT CAREFULLY.**

Scenic Bluffs Community Health Centers (SBCHC) is required by law to maintain the privacy of your health information. SBCHC is also required to provide you with a notice that describes SBCHC's legal duties and privacy practices and your privacy rights with respect to your health information. We will follow the privacy practices described in this notice.

We reserve the right to change the privacy practices described in this notice in the event that the practices need to be changed to be in compliance with the law. We will make the new notice provisions effective for all protected health information that we maintain. If we change our privacy practices, we will have them available upon request. It will also be posted at the location of service.

### **How Your Health Information May Be Used or Disclosed**

The following categories describe the ways that SBCHC may use and disclose your health information. For each type of use and disclosure, we will explain what we mean and present some examples:

**Treatment.** We may use or disclose your health care information in the provision, coordination or management of your health care. Our communications to you may be by telephone, cell phone, e-mail, text, patient portal, or by mail. For example, we may use your information to call and remind you of an appointment or to refer your care to another physician. If another provider requests your health information and they are not providing care and treatment to you, we will request an authorization from you before providing your information.

**Payment.** We may use or disclose your health care information to obtain payment for your health care services. For example, we may use your information to send a bill for your health care services to your insurer.

**Health Care Operations.** We may use or disclose your health care information for activities relating to the evaluation of patient care, evaluating the performance of health care providers, business planning and compliance with the law. For example, we may use your information to determine the quality of care you received when you had your appointment. If the activities require disclosure outside of our health care organization, we will request your authorization before disclosing that information.

### **How Your Health Information May Be Used or Disclosed Without Your Written Authorization**

The following categories describe the ways that SBCHC may use and disclose your health information without your authorization. For each type of use and disclosure, we will explain what we mean and present some examples.

1. **Required by Law.** We may use and disclose your health information when that use or disclosure is required by law. For example, we may disclose medical information to report child abuse or to respond to a court order.
2. **Public Health.** We may release your health information to local, state or federal public health agencies subject to the provisions of applicable state and federal law for reporting communicable diseases, aiding in the prevention or control of certain diseases and reporting problems with products and reactions to medications to the Food and Drug Administration.

3. **Victims of Abuse, Neglect or Violence.** We may disclose your information to a government authority authorized by law to receive reports of abuse, neglect or violence relating to children or the elderly.
4. **Health Oversight Activities.** We may disclose your health information to health agencies authorized by law to conduct audits, investigations, inspections, licensure and other proceedings related to oversight of the health care system.
5. **Judicial and Administrative Proceedings.** We may disclose your health information in the course of an administrative or judicial proceeding in response to a court order. Under most circumstances when the request is made through a subpoena, your authorization will be obtained before disclosure is permitted.
6. **Law Enforcement.** We may disclose your health information to a law enforcement official for purposes such as identifying or locating a suspect, fugitive, or missing person, or complying with a court order or other law enforcement purposes. Under some limited circumstances, we will request your authorization prior to permitting disclosure.
7. **Inmates.** We may disclose your health information to a correctional institution or law enforcement official if you are an inmate of a correctional institution or under custody of law enforcement. The disclosure would be necessary:
  - a. For the institution to provide you with health care.
  - b. To protect your health and safety or that of others.
  - c. For the safety and security of the correctional institution.
8. **Coroners and Medical Examiners.** We may disclose your health information to coroners and medical examiners. For example, this may be necessary to determine the cause of death.
9. **Cadaveric, Organ, Eye or Tissue Donation.** We may disclose your health information to organizations involved in procuring organs and tissues for transplantation.
10. **Research.** Under certain circumstances, and only after a special approval process, we may use and disclose your health information to help conduct medical research which may involve an assessment of how well a drug is working to cure a heart disease or whether a certain treatment is working better than another.
11. **To Avert a Serious Threat to Health or Safety.** We may disclose your health information in a very limited manner to appropriate persons to prevent a serious threat to the health or safety of a particular person or the general public. Disclosure is usually limited to law enforcement personnel who are involved in protecting public safety.
12. **Specialized Government Functions.** Under certain and very limited circumstances, we may disclose your health care information for military, national security, or law enforcement custodial situations.
13. **Workers' Compensation.** Both state and federal law allow the disclosure of your health care information that is reasonably related to a worker's compensation injury to be disclosed without your authorization. These programs may provide benefits for work-related injuries or illness.
14. **Health Information.** We may use or disclose your health information to provide information to you about treatment alternatives or other health related benefits and services that may be of interest to you.
15. **Communication with Others.** If you do not object and the situation is not an emergency, and disclosure is not otherwise prohibited by law, we are permitted to release your information under the following circumstances:

- a. To individuals involved in your care. We may release your health information to a family member, other relative, friend or other person whom you have identified to be involved in your health care or the payment of your health care.
- b. To family. We may use your health information to notify a family member, a personal representative or a person responsible for your care, of your location, general condition, or death.
- c. To disaster relief agencies. We may release your health information to an agency authorized by law to assist in disaster relief activities.

16. **Health Information Exchange.** We have several arrangements with 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.

Included in those arrangements is the Great Rivers Hub and affiliates, which includes: Gundersen Health System, Mayo Clinic Health System, La Crosse County Health Department, Family & Children's Center, Independent Living Resources, La Crosse Area Veterans Mentorship Program as well as agencies that have contracts with the Hub. The Hub is about building infrastructure for communities to be able to use resources more efficiently and effectively to address risk and improve outcomes.

17. **Health Information Availability After Death.** SBCHC may use or disclose information without your authorization 50 years after the date of your death. If you wish to restrict such use and disclosure, please see "Request Restrictions on Certain Uses and Disclosures" below.

### **When SBCHC is Required to Obtain an Authorization to Use or Disclose Your Health Information**

Except as described in this Notice of Privacy Practices, we will not use or disclose your health information without written authorization from you. For example, uses and disclosures made for the purpose of psychotherapy, marketing and the sale of protected health information require your authorization. If you do authorize us to use or disclose your health information for another purpose, you may revoke your authorization in writing at any time. If you revoke your authorization, we will no longer be able to use or disclose health information about you for the reasons covered by your written authorization, though we will be unable to take back any disclosures we have already made with your permission.

### **Your Health Information Rights**

1. **Inspect And Copy Your Health Information.** You have the right to inspect and obtain a copy of your health care information. You have the right to request that the copy be provided in an electronic form or format (e.g., PDF saved onto CD). If the form and format are not readily producible, then the organization will work with you to provide it in a reasonable electronic form or format. For example, you may request a copy of your immunization record from your health care provider. This right of access does not apply to psychotherapy notes which are maintained for the personal use of a mental health professional. Your request for inspection or access must be submitted in writing. In addition, we may charge you a reasonable fee to cover our expenses for copying your health information.
2. **Request To Correct Your Health Information.** You have a right to request that SBCHC amend your health information that you believe is incorrect or incomplete. For example, if you believe the date of your dental care is incorrect, you may request that the information be corrected. We are not required to change your health information and if your request is denied, we will provide you with information about our denial and how you can

disagree with the denial. To request an amendment, you must make your request in writing. You must also provide a reason for your request.

3. **Request Restrictions on Certain Uses and Disclosures.** You have the right to request restrictions on how your health information is used or to whom your information is disclosed, even if the restriction affects your treatment or your payment or health care operation activities. However, we are not required to agree in all circumstances to your requested restrictions, except in the case of a disclosure restricted to a health plan if the disclosure is for the purpose of carrying out payment or health care operations and is not otherwise required by law; and the protected health information pertains solely to a health care item or service for which you, or the person other than the health plan on your behalf, has paid the covered entity in full. If you would like to make a request for restrictions, you must submit your request in writing and understand that we have to balance all legal requirements regarding such a request.
4. **Receive Confidential Communications Of Health Information.** You have the right to request that we communicate your health information to you in different ways or places. For example, you may wish to receive information about your health status in a special, private room or through a written letter sent to a private address. We must accommodate reasonable requests. To request reasonable confidential communications, you must submit your request in writing.
5. **Receive A Record Of Disclosures Of Your Health Information.** You have the right to request a list of the disclosures of your health information that we have made in compliance with federal and state law. This list will include the date of each disclosure, who received the disclosed health information, a brief description of the health information disclosed, and why the disclosure was made. For some types of disclosures, the list will also include the date and time the request for disclosure was received and the date and time the disclosure was made.

For example, you may request a list that indicates all the disclosures your health care provider has made from your health care record in the past six months. To request this accounting of disclosures, you must submit your request in writing. We must comply with your request for a list within 60 days, unless you agree to a 30-day extension, and we may not charge you for the list, unless you request such a list more than once per year.

6. **Obtain A Paper Copy Of This Notice.** Upon your request, you may at any time receive a paper copy of this notice.
7. **Notified of a Breach.** SBCHC is required by law to maintain the privacy of protected health information and provide you with notice of its legal duties and privacy practices with respect to protected health information and to notify you following a breach of unsecured protected health information.
8. **Complaint.** If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with SBCHC's Privacy Officer who will provide you with any needed assistance. We request that you file your complaint in writing so that we may better assist in the investigation of your complaint. You may also file a complaint with the Office of Civil Rights, Secretary of the Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509A, HHH Building, Washington, D.C. 20201. There will be no retaliation against you in any way for filing a complaint.

When SBCHC uses or discloses health information, SBCHC must make reasonable efforts to limit the health information to the minimum necessary to accomplish the intended purpose of the legal use or disclosure. The minimum necessary standard does not apply to disclosures to: (a) health care providers for treatment; (b) disclosures made to the patient; (c) disclosures made pursuant to a legally compliant authorization; (d) disclosures made to DHHS; (e) disclosures required by law; and (f) disclosures required for compliance with HIPAA.

If you have any questions or concerns regarding your privacy rights or the information in this notice, please contact SBCHC's Privacy Officer at (608) 654-5100.

**Effective Date of This Notice: 4/15/2019**



## AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

**Este aviso describe cómo puede usar y divulgar la información médica y como puede tener acceso a esta información. Por favor revísela cuidadosamente.**

El centro de salud de Scenic Bluffs (SBCHC) es requerido por ley a mantener la privacidad de su información médica. SBCHC también está requerido a proveerle un aviso que describa las obligaciones legales y prácticas de privacidad y sus derechos de privacidad con respecto a su información médica. Nosotros seguiremos las prácticas de privacidad descritas en este aviso.

Nosotros reservamos el derecho de cambiar las prácticas de privacidad descritas en este aviso en el caso que las prácticas necesiten ser cambiadas para estar en cumplimiento con la ley. Nosotros haremos las nuevas disposiciones del aviso efectivas para toda la información médica protegida que mantenemos nosotros. Si nosotros cambiamos nuestras prácticas de privacidad, nosotros las tendremos disponibles a solicitud. También serán puestas en el lugar de servicio.

### **Como Podría ser usada o Divulgada la Información de Salud**

Las siguientes categorías describen las formas que SBCHC podrían usar o divulgar la información de su salud. Por cada tipo de uso y divulgación nosotros le explicaremos lo que queremos decir y presentaremos algunos ejemplos:

**Tratamiento:** Nosotros usaríamos o divulgaríamos la información de su salud en la disposición, coordinación o manejo del cuidado de su salud. Nuestra comunicación con usted podría ser por teléfono, teléfono celular, correo electrónico, portal del paciente, o por correo. Por ejemplo, nosotros podríamos usar su información para hablarle y recordarle de una cita o para referirlo con otro doctor. Si otro doctor solicita la información de su salud y ellos no le están proveyendo cuidado médico y tratamiento, nosotros le solicitaremos una autorización antes de proveer su información.

**Pago:** Nosotros podríamos usar o divulgar su información de cuidado médico para obtener pago por nuestros servicios para su cuidado médico. Por ejemplo, nosotros podríamos usar su información para enviar una factura de nuestros servicios a su seguro médico.

**Operaciones del Cuidado de Salud:** Nosotros podríamos usar o divulgar la información del cuidado de su salud por actividades relacionadas con la evaluación del cuidado del paciente, evaluando el desempeño del proveedor del cuidado de salud, asuntos de planeación y cumplimiento con la ley. Por ejemplo, nosotros podríamos usar para determinar la calidad del cuidado que usted recibió cuando usted tuvo su cita. Si la actividad requiere divulgación fuera de nuestra organización nosotros le solicitaríamos su autorización antes de divulgar esa información.

### **Como su información médica podría usarse o divulgarse Sin su autorización por escrito**

Las siguientes categorías describen las formas que SBCHC podría usar y divulgar la información de su salud sin su autorización. Por cada uso y divulgación, nosotros le explicaremos que queremos decir y presentaremos algunos ejemplos:

1. **Requerido por Ley:** Nosotros podríamos usar y divulgar la información de su salud cuando ese uso o divulgación es requerido por ley. Por ejemplo, nosotros podríamos divulgar información para reportar abuso de niños o para responder a una orden de un juzgado.

2. **Salud Pública:** Nosotros podríamos liberar información médica a agencias locales, federales y estatales sujetas a las provisiones aplicables estatales y federales de la ley para reportar enfermedades contagiosas, ayudando en la prevención o control de ciertas enfermedades y reportando problemas con productos y reacciones a medicamentos a la Administración de Alimentos y Drogas.
3. **Víctimas de Abuso, Negligencia o Violencia:** Nosotros podríamos divulgar su información a autoridades del gobierno autorizadas por ley para recibir reportes de abuso, negligencia o violencia relacionada con niños o ancianos.
4. **Actividades de Supervisión de Salud:** Nosotros podríamos divulgar su información de su salud a agencias de salud autorizadas por ley a conducir auditorías, investigaciones, inspecciones, licencias, y otros procedimientos relacionadas con la supervisión del sistema del cuidado médico.
5. **Procedimientos Judiciales y Administrativos:** Nosotros podríamos divulgar la información de su salud en el curso de un procedimiento administrativo o judicial en respuesta a una orden de algún juzgado. Bajo de las mayoría de las circunstancias cuando la solicitud se hecho atreves de un citación. Bajo algunas circunstancias limitadas nosotros solicitaremos su autorización antes de permitir la divulgación.
6. **Reforzamiento de la ley:** Nosotros podríamos divulgar la información de su salud a un oficial de reforzamiento de la ley. Para propósitos como identificar o localizar sospechosos, fugitivos, o personas desaparecidas, o por cumplimiento con órdenes de algún juzgado y otros propósitos de la ley. Bajo algunas limitadas circunstancias nosotros le pediremos su autorización antes de permitir la divulgación.
7. **Reclusos:** Nosotros podríamos divulgar la información de su salud a una institución correccional o un oficial de en forzamiento de la ley si usted está recluso en una institución correccional o bajo custodia de por en forzamiento de la ley. La divulgación podría ser necesaria:
  - a. Para la institución para proveerle con cuidado de salud.
  - b. Para protegerle su salud y seguridad o una y la otra o de los demás.
  - c. Por la seguridad y seguridad de la institución correccional.
8. **Forenses y Examinadores Médicos:** Nosotros podríamos divulgar la información de su salud a forenses y examinadores médicos. Por ejemplo, esto podría ser necesario para determinar la causa de muerte.
9. **Donación de Órganos, Ojos, y Tejidos de Cadáveres:** Nosotros podremos divulgar su información de salud a organizaciones involucradas en procurar trasplantes de órganos y tejidos.
10. **Investigación:** Bajo ciertas circunstancias y solo después de un proceso de aprobación especial nosotros podríamos usar y divulgar la información de su salud para ayudar a conducir investigación médica la cual involucra una Laborde que tan bien una droga está funcionando para curar una enfermedad del corazón o si cierto tratamiento está funcionando mejor que otro.
11. **Para evitar una amenaza seria de salud o seguridad:** Nosotros podríamos divulgar la información de su salud en una muy limitada manera a una persona apropiada para prevenir una amenaza seria de la salud o seguridad de una persona en particular o el público en general. Divulgar es limitado usualmente a personal de en forzamiento de la ley quien está involucrado en proteger la seguridad pública.
12. **Funciones especializadas del Gobierno:** Bajo ciertas y muy limitadas circunstancias, nosotros podríamos divulgar la información del cuidado de su salud por situaciones militares, seguridad nacional o custodia de en forzamiento de la ley.
13. **Compensación de Trabajadores:** Ambas leyes federal, permiten la divulgación de la información del cuidado de su salud que es razonablemente relacionada a lesiones de compensación de trabajadores para ser divulgas sin su autorización. Estos programas podrían proveer beneficios para enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.
14. **Información de Salud:** Nosotros podríamos usar o divulgar la información a usted sobre tratamientos alternativos u otros beneficios relacionados con la salud y servicios que podrían ser de interés para usted.
15. **Comunicación con Otros:** Si usted no tiene objeción y la situación no es una emergencia, y divulgara no está prohibida de alguna forma por la ley, nosotros estamos permitidos a divulgar su información bajo los siguientes circunstancias:
  - a. A individuos involucrados en su cuidado. Nosotros podríamos divulgar la información de su salud a un miembro de su familia otro pariente, amigo y otra persona quien usted haya identificado para ser involucrado en el cuidado de su salud o el pago del cuidado de su salud.

- b. A familia. Nosotros podríamos usar la información de su salud para notificar a un miembro de su familia, a una persona que lo represente o a una persona responsable del cuidado de su condición general o muerte.
- c. A agencias de alivio por desastres. Nosotros podríamos divulgar la información de su salud a una agencia autorizado por la ley para asistir en desastres con actividades de alivio.

16. **Intercambio de Información de Salud:** Nosotros tenemos muchos arreglos con organizaciones quienes han acordado trabajar mutuamente para facilitar el acceso a la información de salud que podría ser relevante a su cuidado. Por ejemplo, si usted está admitido en un hospital en un caso de emergencia y no podrá proveer información importante sobre su condición de salud, este acuerdo regional nos permitirá acceder a la información de su salud de otros participantes para quien lo necesite para ser atendidos en el hospital. Cuando es necesario, acceso inmediato a la información de salud se significa mejor cuidado para usted. Nosotros almacenamos la información sobre nuestros pacientes en un registro medico electrónico compartido con otros proveedores de cuidado médico quienes participan en este acuerdo regional.

Incluido en esos arreglos está el Great Rivers Hub (Centro Principal Great Rives )y sus afiliados, que incluye: Gundersen Health System (el Sistema de Salud de Gundersen), Mayo Health System (el Sistema de Salud de Mayo), La Crosse County Health Department (el Departamentos de Salud del Condado de La Crosse), Family & Children’s Center (Centro Familiar y de Niños), Independent Living Resources (Recursos para la vida independiente), La Crosse Area Veterans Mentorship Program (el programa de mentores para veteranos del área de La Crosse) así como agencias que tienen contratos con el Centro Principal (Hub). El Centro principal (Hub) se trata de construir infraestructura para que las comunidades puedan usar los recursos de manera más eficiente y efectiva para abordar el riesgo y mejorar los resultados.

17. **Información de Salud Disponible Después de la Muerte:** SBCHC podría usar o divulgar información sin su autorización 50 años después de la fecha de su muerte Si su deseo es restringir tanto el uso como la divulgación por favor vea “Solicitud de Restricciones en Ciertos usos y Divulgación” abajo.

### **Cuando SBCHC es requerido a obtener una autorización para el uso o divulgación de la información de su salud**

Excepto como se describe en este aviso de prácticas de privacidad, nosotros no usaremos o divulgaremos la información de su salud sin su autorización por escrito. Por ejemplo, usos y divulgaciones hechas con el propósito de psicoterapia, mercadeo, y la venta de información protegida de su salud, requiere su autorización. Si usted nos autoriza a usar o divulgar la información de su salud para otro propósito, usted podría revocar su autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, nosotros no podremos usar o divulgar información de salud sobre usted por las razones cubiertas por su autorización escrita, aunque no podremos retirar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso.

### **Sus Derechos de su Información de Salud**

1. **Revisar y Copiar la Información de su Salud:** Usted tiene derecho de revisar y obtener una copia de su información de cuidado de salud. Usted tiene el derecho de solicitar que la copia sea proveída en forma electrónica o formato (erg. PDF, guárdala en CD). Si la forma y formato no se puede leer o reproducir, entonces la organización trabajara con usted para proveerle una razonable forma o formato. Por ejemplo, usted podría solicitar una copia de su registro de vacunas para su proveedor médico del cuidado de su salud. Este derecho de acceso no aplica a las notas de psicoterapia que son mantenidas para uso del personal de salud mental profesional. Su solicitud para revisión y acceso debería solicitarse por escrito. En adición, nosotros podríamos cobrarle un costo razonable para cubrir nuestros gastos de copiar su información de salud.
2. **Solicitud para Corregir la información de su Salud:** Usted tiene el derecho a solicitar que SBCHC modifiquemos su información de salud si usted cree que es incorrecta o incompleta. Por ejemplo, si usted cree que la fecha de su salud dental es incorrecta, usted podría solicitar que la información sea corregida. Nosotros no estamos obligados a cambiar la información de su salud y si su solicitud esta negada, nosotros le proveeremos

información sobre nuestra negación y como usted puede estar desacuerdo con la negación. Para solicitar una corrección, usted debería hacerlo por escrito. Usted debería también proporcionar una razón de su solicitud.

3. **Restricciones Requeridas en Ciertos Usos y Divulgaciones:** Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en como la información de su salud es divulgada, incluso si las restricciones afectan su tratamiento o nuestros pagos o las operaciones de actividades de cuidado de salud. De cualquier forma, nosotros no estamos obligados a aceptar en todas las circunstancias de su solicitud de restricciones excepto en el caso de una restricción de divulgación a un plan de salud si la divulgación es para el propósito de efectuar pagos y operaciones de cuidado de salud y si no es contrario a lo requerido por la ley; y la información de salud protegida corresponde solamente al artículo o servicio de cuidado médico para el que usted o la persona que no sea el plan de salud en su nombre, ha pagado la entidad completamente. Si usted quería hacer una solicitud de restricciones usted debería enviar su solicitud por escrito y entender que nosotros debemos tener balance con todos los requerimientos legales con referencia a su solicitud.
4. **Recibir Comunicación Confidencial de Información de Salud:** Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros le comuniquemos a usted su información de salud en diferentes formas o lugares. Por ejemplo, usted podría querer recibir información sobre la situación de su salud en un cuarto especial o privado, o por escrito a través de una carta enviada a su domicilio. Debemos acomodarnos a las solicitudes razonables. Para solicitar una comunicación confidencial razonable, usted debería enviar su solicitud por escrito.
5. **Recibir Un Registro de Divulgación de su Información de Salud:** Usted tiene derecho de recibir una lista de la divulgación de la información de su salud que nosotros hemos hecho en cumplimiento con las leyes federales y estatales. Esta lista podría incluir la fecha de cada divulgación quien recibió la divulgación de información de salud, una breve descripción de la información divulgada, y porque fue hecha la divulgación. Para algunos tipos de divulgaciones, la lista también incluirá la fecha y hora en que la solicitud de divulgación fue recibida y la fecha y hora que la divulgación fue hecha.

Por ejemplo, usted podría solicitar una lista que indique todas las divulgaciones de su salud que su proveedor de cuidado de salud ha hecho de su registro de cuidado médico en los pasados seis meses. Para solicitar este recuento de divulgaciones, usted debería enviar su solicitud por escrito. Nosotros podríamos cumplir con su solicitud de una lista en el transcurso de 60 días, a menos de que usted este de acuerdo con una extensión de 30 días y nosotros no le cobraríamos por la lista a menos de que usted solicite esa lista más de una vez al año.

6. **Obtener una copia en papel de este Aviso:** Sobre su solicitud, usted podría recibir en cualquier momento una copia de este aviso.
7. **Notificación de una Violación:** SBCHC esta requerido por la ley a mantener la privacidad de información de salud protegida y proveerle con un aviso de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a información de su salud protegida ya notificarle después de un incumplimiento de inseguridad de información de salud protegida.
8. **Queja:** Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted podría presentar una queja con el oficial de privacidad de SBCHC. Quien le proveerá con cualquier necesidad de asistencia. Nosotros requerimos que su queja sea presentada por escrito para que nosotros podamos asistirle mejor en la investigación de su queja. Usted podría también presentar una queja en la oficina de derechos civiles de la secretaria del departamento de salud y servicios humanos en 200 Independence Avenue, S.W., Room 509<sup>a</sup>, HHH Building, Washington D.C., 20201. No habrá represalias contra usted de ninguna manera por presentar una queja.



Cuando SBCHC usa o divulga información de salud, SBCHC podría hacer esfuerzos razonables propósito del uso legal de la divulgación. El mínimo necesario estándar no aplica a la divulgación de (a) Proveedores de cuidado de la salud para tratamiento;(b) divulgaciones hechas al paciente; (c) Divulgaciones hechas en de conformidad a una autorización legal de una queja;(d) Divulgaciones hechas a DHHS; (e) Divulgaciones requeridas por ley; y (f) divulgaciones requeridas por quejas con HIPAA.

Si usted tiene alguna pregunta o preocupación referente a sus derechos de privacidad o la información de este aviso, por favor póngase en contacto con el oficial de privacidad de SBCHC al (608) 654-5100.

**Fecha Efectiva de esta Noticia: 04/15/2019**