

# NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: PROGRAMAS DE FORWARDHEALTH

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALA DETENIDAMENTE.**

**ESTA NOTIFICACIÓN NO AFECTA SUS BENEFICIOS NI SU ELEGIBILIDAD.**

Esta notificación se envía a todas las personas inscritas en los siguientes programas de Forwardhealth: Medicaid (MA, Medical Assistance, T-19); BadgerCare Plus; Family Care; Medical Assistance Purchase Plan (MAPP); Program for all Inclusive Care for the Elderly (PACE); Partnership; Community Options Program-Waiver; Community Integration Program II; Community Integration Program 1A; Community Integration Program 1B; y IRIS (Include, Respect, I Self-Direct).

**Spanish** – Si necesita ayuda para traducir o entender este texto, por favor llame al teléfono 1-800-362-3002

**Russian** – Если вам не всё понятно в этом документе, позвоните по телефону 1-800-362-3002

**Hmong** – Yog tias koj xav tau kev pab txhais lus los sis pab kom nkag siab cov ntawv no, thov hu rau 1-800-362-3002

**Laotian** – ຖ້າ ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປພາສາ ຫຼື ເຂົ້າໃຈເອກະສານ, ກະລຸນາ ໂທຫາເບີ 1-800-362-3002

## RESPONSABILIDAD DE PRIVACIDAD

El programa ForwardHealth del Department of Health Services (DHS) de Wisconsin está dedicado a proteger la privacidad de su información médica. Su privacidad ya está amparada bajo las leyes de Wisconsin. Además, actualmente la ley federal exige a los planes de salud como Medicaid que protejan la privacidad de la información médica de los afiliados y que les informen sobre su uso y divulgación. Esta notificación le informa lo que ForwardHealth puede hacer con su información médica y cuáles son sus derechos de privacidad bajo la ley. La información médica a la que se hace referencia en esta notificación puede incluir la información contenida en los registros de inscripción, reclamos o registros de otra naturaleza que se hayan utilizado para tomar decisiones acerca de sus servicios de atención médica.

Si pertenece a un plan HMO o a otro plan de atención médica administrada, es posible que reciba una notificación que describa sus políticas de privacidad.

Las responsabilidades de privacidad de ForwardHealth incluyen:

- Proteger la privacidad de toda información médica originada o recibida sobre usted.
- Enviarle esta notificación que describe las políticas de privacidad de la información médica de ForwardHealth y los fundamentos legales para dichas políticas.
- Usar o compartir la información médica solo como se define en esta notificación.
- Enviarle una nueva notificación si ForwardHealth modifica las políticas de privacidad.

## CUÁNDO NO SE PUEDE UTILIZAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

ForwardHealth no usará ni divulgará su información médica por ningún motivo, salvo por aquellos que se detallan en esta notificación, sin su autorización por escrito. Usted puede cancelar la autorización cuando lo desee. Para ello, solo debe completar y enviar un formulario de solicitud a la dirección que se indica en la sección “Uso de sus derechos” de este documento. Si cancela la autorización, ForwardHealth no podrá usar ni

---

divulgar su información médica para los propósitos amparados por su autorización escrita; no obstante, ForwardHealth no podrá retirar las divulgaciones previas que se hayan hecho bajo su autorización. Ante una emergencia, es posible revelar información sin su permiso, si esto redundará en beneficios médicos para su persona. Llegado el caso, se le informará lo antes posible luego de que la información haya sido divulgada. Su autorización es necesaria para la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia. Su autorización es necesaria para cualquier divulgación de información médica en la que se recibe remuneración y otros usos y divulgaciones no descritas en la notificación.

## **CÓMO SE USA O DIVULGA SU INFORMACIÓN MÉDICA SIN UNA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO**

Su información médica puede ser usada o divulgada para fines de tratamiento, pago, operaciones de cuidado de la salud, o cuando se nos requiere por ley hacerlo, sin su autorización por escrito. Más adelante encontrará ejemplos de estas funciones. Debido a que algunos servicios se proporcionan a través de contratos con otros organismos estatales o empresas privadas, es posible divulgar una parte o la totalidad de la información médica sin su autorización escrita a dichos organismos o empresas de manera que puedan realizar las tareas que les solicitamos. Estos organismos y empresas también deben respetar la privacidad de su información.

En esta notificación no se indican todos los tipos de usos y divulgaciones. Los siguientes ejemplos ilustran situaciones comunes en las que se usa o se divulga la información médica sin autorización por escrito para tratamientos, pagos y operaciones del cuidado de la salud.

**Alternativas de tratamiento:** se puede usar o divulgar información médica para asegurar que usted reciba el tratamiento médico necesario. Por ejemplo, cuando necesite un medicamento recetado se puede proporcionar la información médica al farmacéutico.

**Pago:** se puede usar o divulgar su información médica a terceros para facturar o recaudar pagos por el tratamiento y los servicios que recibió. También es posible intercambiar información médica con otros programas gubernamentales, como la compensación a los trabajadores, Medicare o los seguros privados, para administrar sus beneficios y pagos. Por ejemplo, su médico envía un formulario de reclamo para el pago. Este formulario de reclamo incluye información que lo identifica, así como su diagnóstico y tratamiento.

**Operaciones para el cuidado de la salud:** se puede usar o divulgar información médica para realizar actividades relacionadas con los beneficios o servicios necesarios para operar el programa. Estas actividades pueden incluir funciones de mejoras en la calidad y el costo, tales como organizar o realizar revisiones médicas, estudios para el mejoramiento de la calidad, servicios de auditoría, programas de detección de fraude y abuso, dirección o administración general.

**Intercambio de información médica:** podemos poner su información médica protegida electrónicamente a disposición de otros proveedores de atención médica, a planes de salud y a centros de intercambio de información médica que soliciten su información, a través de un servicio de intercambio de información. La participación en los servicios de intercambio de información también nos permite ver su información.

**Registros protegidos de la Parte 2:** el DHS usará y divulgará sus registros de la Parte 2 únicamente como se describe en esta Notificación o mediante su consentimiento por escrito.

- Para comunicarse entre los miembros del personal dentro de los programas de la Parte 2 del DHS que necesitan información en relación con sus funciones de proporcionar diagnóstico, tratamiento o derivación para tratamiento;
- A personal médico en una emergencia médica;

- 
- A organizaciones de servicios calificadas que prestan servicios en nuestro nombre y que aceptan por escrito proteger la información del mismo modo en que estamos obligados a hacerlo;
  - A fuerzas del orden público, en caso de que usted cometa o amenace con cometer un delito en nuestras instalaciones o en contra de nuestro personal;
  - Para denunciar la sospecha de abuso, maltrato y abandono infantil, tal como lo indica la ley pertinente;
  - A personal calificado para la investigación, conforme a la aprobación y a las leyes de supervisión;
  - A personal calificado para realizar auditorías o evaluaciones de programas a) que acepte por escrito proteger la información según lo establecido en nuestras políticas, b) que represente agencias gubernamentales federales, estatales o locales que estén legalmente autorizadas para supervisar nuestro programa o c) que proporcione ayuda económica al programa o realice el pago de la atención médica; o
  - A una autoridad de salud pública, si la información pasó por un proceso de desidentificación.

**Requisitos de consentimiento para usar o compartir registros de la Parte 2:**

cuando se requiere consentimiento. Le solicitaremos su consentimiento para compartir registros protegidos de la Parte 2 en situaciones que no se detallan en la sección I(a) anterior, por ejemplo:

- **Para fines de tratamientos, pagos y operaciones.** Para permitirnos compartir sus registros protegidos de la Parte 2 con programas y otros proveedores que lo atienden en una instalación del DHS o en otro centro médico, con su compañía de seguro médico a fin de que podamos recibir el pago por los servicios prestados, o para fines de mejora de la calidad y otras operaciones, debe firmar un formulario de consentimiento de la Parte 2.
- **Consentimiento único:** puede proporcionar un único consentimiento para todos los usos y divulgaciones futuros para fines de tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. Si el destinatario es una entidad sujeta a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) (como otro proveedor de atención médica o una compañía de seguros) o un asociado comercial (como una compañía que ayuda a un proveedor de atención médica a almacenar los registros médicos), dicha entidad podrá divulgar su información según lo permitido por la HIPAA, excepto en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos contra usted. Deberá firmar un consentimiento aparte para que podamos compartir sus registros protegidos de la Parte 2 con el intercambio de información de salud (health information exchanges, HIE). El HIE ofrece una forma en la que podemos compartir información de salud con sus otros proveedores de atención médica (consultorios médicos, hospitales, laboratorios, centros de radiología y otros proveedores) mediante medios electrónicos seguros. Consulte con su proveedor de la Parte 2 para obtener información adicional.
- **Tratamiento obligatorio.** Si fue obligado a recibir un tratamiento en los programas de la Parte 2 del DHS por mandato del sistema de justicia penal (incluido el tribunal de drogas, la libertad condicional o la libertad bajo palabra), debe firmar un formulario de consentimiento separado que nos permita compartir sus registros protegidos de la Parte 2 con el sistema de justicia penal, como el tribunal, los oficiales de libertad condicional, los oficiales de libertad bajo palabra, los fiscales u otras fuerzas del orden público. La duración de su consentimiento (cuanto tiempo

---

permanece en vigencia) y su derecho a revocar su consentimiento pueden ser más limitados que en el caso de un formulario de consentimiento estándar de la Parte 2.

- **Programas de supervisión de medicamentos recetados.** Si la ley exige que reportemos los medicamentos para trastornos por consumo de sustancias (substance use disorders, SUD) que recetamos o entregamos a un programa estatal de supervisión de medicamentos recetados, podremos divulgar la información protegida por la Parte 2 con su consentimiento por escrito.
- **Procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos.** Para compartir sus registros protegidos de la Parte 2 o testificar sobre la información incluida en los registros en una investigación o procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo contra usted, debe firmar un formulario de consentimiento de la Parte 2 por separado.
- **Otros usos y divulgaciones.** El DHS usará y divulgará registros protegidos de la Parte 2 de otros modos que no sean los que se describen en este aviso solo con su consentimiento.

**Revocación (cancelación) de su consentimiento.** Puede revocar su consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que el DHS haya actuado basándose en él. Puede revocar su consentimiento presentando una solicitud por escrito al responsable de privacidad del DHS, o puede solicitar una adaptación razonable para un proceso de revocación alternativo comunicándose con su proveedor de la Parte 2.

**Otras maneras en que su información médica puede ser utilizada o divulgada sin una autorización por escrito incluyen:**

**Salud pública:** se puede dar a conocer información a una autoridad de salud pública o a otra autoridad gubernamental correspondiente y autorizada por la ley para recabar o recibir información con el propósito de ayudar a prevenir o controlar enfermedades, lesiones, discapacidades, exposición a infecciones y maltrato infantil o violencia familiar. Las autoridades pueden ser organismos gubernamentales locales, estatales o federales. Por ejemplo, se puede intercambiar la información médica si usted está expuesto a una enfermedad transmisible o corre el riesgo de contraer o propagar una enfermedad de este tipo.

**Actividades de supervisión de la salud:** se puede compartir información con otros organismos gubernamentales para supervisar el sistema de atención médica, como por ejemplo, la habilitación e inspección de instituciones médicas, auditorías y otros procedimientos relacionados con la supervisión del sistema de atención médica.

**Médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerarias:** es posible divulgar información médica a un examinador médico, médico forense o director de funeraria en la medida que sea necesario para el cumplimiento de sus obligaciones, según lo establece la ley. Por ejemplo, puede ser necesario para identificar a una persona fallecida.

**Donación de órganos:** si usted es donante de órganos, se puede proporcionar la información a la organización que busca órganos o realiza trasplantes con el propósito de que sea utilizada para un trasplante o donación.

**Compensación a los trabajadores:** su información puede ser divulgada para cumplir con las leyes de compensación a los trabajadores u otras leyes similares.

**Mercadeo:** podríamos contactarlo para darle información sobre los beneficios relacionados con la salud y los servicios que puedan ser de interés para usted. Si recibimos compensación de un tercero por proporcionarle información sobre otros productos o servicios (excepto por los recordatorios para surtir sus medicamentos o la

---

disponibilidad de medicamentos genéricos), obtendremos su autorización para compartir información con este tercero.

**Seguridad pública:** su información puede ser divulgada para evitar o reducir los factores que amenacen su salud o seguridad, la de otra persona o la del público en general.

**Funciones gubernamentales especializadas:** es posible utilizar o divulgar su información al gobierno para que este desempeñe funciones especializadas. Por ejemplo, si usted es o ha sido integrante de las fuerzas armadas estadounidenses, se puede divulgar la información a las autoridades militares correspondientes.

**Cumplimiento de la ley:** se puede divulgar la información para cumplir con los requisitos legales o con instituciones del cumplimiento de la ley, por ejemplo, para identificar a una persona desaparecida.

**Audiencias judiciales y de otro tipo:** se puede divulgar la información para cumplir con una orden judicial.

**Requerido por ley:** además de los casos indicados anteriormente en los que su información médica puede ser divulgada, ForwardHealth puede compartir su información cuando la ley así lo requiera. Ejemplos de dichas divulgaciones serían para cumplimiento de la ley o para fines de seguridad nacional, órdenes judiciales, ayuda humanitaria, revisión de nuestras actividades por agencias gubernamentales, para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad u otro tipo de emergencias.

**Divulgaciones a patrocinadores de planes:** podemos divulgar información médica al patrocinador de su plan de salud grupal, para los propósitos de la administración de beneficios bajo el plan. Si usted tiene un plan de salud grupal, su empleador es el patrocinador del plan.

**Investigación:** bajo ciertas circunstancias, y solo después de un proceso de aprobación especial, podemos usar y revelar su información médica para ayudar a llevar a cabo investigaciones.

**Aplicabilidad de las leyes más estrictas del estado:** algunos de los usos y divulgaciones descritos en esta notificación pueden ser limitados en ciertos casos por las leyes estatales aplicables que son más estrictas que las leyes federales, incluyendo las divulgaciones relacionadas con la salud mental y el abuso de sustancias, discapacidad del desarrollo, alcohol y drogas (AODA) y la prueba del VIH.

## **SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD SOBRE LA INFORMACIÓN MÉDICA**

Usted tiene los siguientes derechos:

**Ver o hacer una copia de su información médica:** para ver o recibir una copia electrónica o de papel de los registros de inscripción, reclamos u otros registros utilizados para tomar decisiones acerca de los servicios de su plan de salud, usted tiene que enviar un formulario de solicitud completo a la dirección que se indica en la sección “Uso de sus derechos” de este documento. ForwardHealth no incluirá información prevista para llevar a cabo acciones o procedimientos legales. Se le cobrará una cuota razonable para cubrir los gastos asociados con su petición.

**Modificar información que considere incorrecta o incompleta:** para solicitar la enmienda de los registros de inscripción, reclamos y de otros registros utilizados para tomar decisiones sobre los servicios de su plan de salud, usted tiene que enviar un formulario de solicitud completo a la dirección que se indica en la sección “Uso de sus derechos” de este documento. Revisaremos su solicitud. Si se niega el cambio, se le informará por escrito la razón por la que se negó, y la manera en la que puede expresar su desacuerdo.

**Solicitar una lista de quién recibió su información y por qué:** dicha lista no incluirá información utilizada para el pago de su tratamiento, nuestras operaciones de atención médica, o cualquier información ya proporcionada en una lista anterior, seguridad nacional, cumplimiento de la ley/correcciones ni para ciertas actividades de supervisión de la salud. La lista no retrocederá más de seis años. ForwardHealth le proporcionará

---

una lista anual sin cargo, pero puede haber un cargo por listas adicionales. Para obtener esta lista, debe completar y enviar un formulario de solicitud a la dirección indicada en la sección “Uso de sus derechos” de este documento.

**Solicitar restricciones sobre el uso o la divulgación de la información médica para tratamientos, pagos u operaciones del cuidado de la salud:** usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su información médica. Sin embargo, ForwardHealth no está obligado a estar de acuerdo con las restricciones que usted solicite. Una vez que complete y envíe el formulario de solicitud a la dirección que se indica más adelante, lo evaluaremos y le informaremos si podemos o no cumplir con su solicitud de restricción.

**Solicitar que se le informe sobre su salud de una manera y en un lugar que mantendrá su información de forma privada:** usted tiene derecho a solicitar el lugar y la manera en que ForwardHealth se comunicará con usted con respecto a su información médica. Luego de completar y enviar el formulario de solicitud al domicilio que se indica en la sección “Uso de sus derechos” de este documento, su solicitud será evaluada y ForwardHealth le informará si puede cumplir con lo que pide.

**Recibir una copia de papel de esta notificación:** si usted recibió esta notificación a través del sitio en internet de DHS o por correo electrónico (email), tiene derecho a solicitar y recibir una copia de papel llamando a Servicios para Miembros al 800-362-3002.

**Derecho a ser notificado de una violación:** la ley nos exige mantener la privacidad de su información, brindarle aviso de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información y notificarle en caso de una violación de la información médica protegida no segura.

## USO DE SUS DERECHOS

Para hacer uso de cualquiera de estos derechos o para obtener una copia del formulario de solicitud para inspecciones, copias, correcciones, o si desea solicitar restricciones u obtener una contabilidad de su información médica, llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-3002. Llene el formulario de solicitud de privacidad y envíelo al responsable de privacidad del DHS, 201 E. Washington Ave Room E200B. Madison WI 53707-7850

## CAMBIOS A ESTA NOTIFICACIÓN

Esta notificación puede ser cambiada o enmendada en cualquier momento. Los cambios serán efectivos para toda la información médica, incluso la que está archivada. La información sobre cómo obtener una nueva notificación se le enviará cuando se hagan cambios materiales. ForwardHealth también publicará la nueva notificación en la página de internet para Miembros <http://www.dhs.wisconsin.gov/medicaid/privacynotice.htm>.

**Hasta tanto se efectúe algún cambio, ForwardHealth cumplirá con la versión actual de esta notificación.**

## PARA MÁS INFORMACIÓN

Si tiene preguntas sobre cualquier parte de esta notificación o si desea información adicional sobre nuestras prácticas de privacidad, diríjase por escrito al responsable de privacidad del DHS, 201 E. Washington Ave Room E200B. Madison WI 53707-7850

## QUEJAS

Si usted cree que hemos violado sus derechos de privacidad, usted puede presentar una queja. No perderá ningún beneficio o elegibilidad ni tampoco se tomarán represalias en su contra si presentara una queja. Envíe por escrito las quejas sobre esta notificación, sobre la manera en que ForwardHealth maneja su información médica, o si considera que sus derechos de privacidad han sido violados, al responsable de privacidad del DHS, 201 E. Washington Ave Room E200B. Madison WI 53707-7850.

---

También puede presentar una queja directamente ante el secretario de U.S. Department of Health and Human Services al dirigirse por escrito a Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201. Para más información, llame al 1-800-368-1019 o TDD 1-800-537-7697 o visite <http://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>.

### **CAMBIOS A ESTA NOTIFICACIÓN Y DISTRIBUCIÓN**

Le proporcionaremos una copia de nuestra notificación sobre su inscripción y le recordaremos al menos cada tres años donde encontrar la notificación y cómo obtener una copia de la notificación si desea recibir una. También publicamos en nuestra página web la Notificación de Prácticas de Privacidad más reciente la cual describirá cómo se puede usar y divulgar su información médica, así como los derechos que usted tiene a su información médica. Si nuestra notificación tiene un cambio material, publicaremos información acerca de este cambio en el sitio web para revisión. Además, después de la fecha del cambio material, incluiremos una descripción del cambio que se produjo e información sobre cómo obtener una copia de la notificación revisada en nuestro próximo envío anual a todas las personas cubiertas.

**Si no tiene preguntas acerca de esta notificación, usted no tiene que hacer nada. Recuerde que esta notificación no afecta su atención médica.**

Fecha efectiva de esta notificación: 30 de enero de 2026



Wisconsin Department of Health Services  
Division of Medicaid Services  
P-13040S (02/2026)