



AVISO SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE LA INFORMACION SOBRE SU SALUD SE PUEDE USAR Y DIVULGAR Y LA FORMA EN QUE USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION.

POR FAVOR REVISE LA INFORMACION CON MUCHO CUIDADO.

Si tiene usted alguna pregunta sobre esta notificación, por favor contacte al Gerente de Aseguramiento de Calidad llamándole al teléfono 503-352-8561 o escribiéndole al:

P.O. Box 568

Cornelius, OR 97113

QUIEN DEBE CUMPLIR CON ESTA NOTIFICACION

Este aviso describe las prácticas de privacidad de la información que siguen nuestros empleados, trabajadores, y demás personal de la oficina.

INFORMACION SOBRE SU SALUD

Este aviso se aplica a la información y expedientes que tenemos sobre su salud, su estado de salud, y el cuidado y los servicios de salud que usted recibe en las clínicas y farmacias del Centro Memorial de Salud Virginia García (VGMHC, siglas en inglés). La salud sobre su información podría incluir la información creada y recibida por esta oficina, podría ser en forma de records por escrito o electrónicos o de palabra hablada, y podría incluir información sobre el historial de su salud, su estado de salud, los síntomas, las exámenes, los resultados de sus pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas médicas, actividad relacionada con las facturas, y otros tipos similares de información relacionada con su salud.

Tenemos la obligación por ley de darle a usted este aviso. Aquí se le informa acerca de las nuevas maneras con que podríamos usar y divulgar la información de su salud y se le describen sus derechos y nuestras obligaciones referentes al uso y divulgación de dicha información.

LA FORMA EN QUE PODEMOS USAR Y DIVULGAR LA INFORMACION DE SU SALUD

Nosotros podemos usar y divulgar la información de su salud para los siguientes propósitos:

- **Para su Tratamiento.** Podemos usar la información de su salud para proporcionarle a usted el tratamiento o los servicios médicos. Podemos divulgar información sobre usted a los doctores y otros proveedores independientes y con licencia, farmacéuticos, odontólogos, enfermeras, técnicos, personal de oficina u otro personal que esté involucrado en el cuidado de su salud.

Por ejemplo, el doctor podría estar tratándolo a usted para la diabetes y podría necesitar hablar con otro doctor especialista sobre su condición con el fin de tratar mejor su enfermedad.

Los diferentes empleados de nuestra oficina pueden compartir información sobre usted y divulgar información a aquellas personas que no trabajen en la oficina pero solo con el fin de coordinar el cuidado de su salud, por ejemplo pidiendo sus recetas prescritas por teléfono a su farmacia, programándole las pruebas de laboratorio y ordenando rayos X. Los familiares, los que cuidan la



salud de otras personas, y los demás proveedores del cuidado de su salud médica fuera de esta oficina podrían requerir la información que nosotros tengamos de usted.

- **Para el Pago.** Podemos utilizar y divulgar información sobre su salud para que el tratamiento y los servicios que usted reciba en esta oficina puedan facturarse y el pago se pueda coleccionar por parte de usted, de alguna compañía aseguradora, o de alguna otra tercera parte.

Por ejemplo, podríamos necesitar darle la información del plan de su salud sobre algún servicio que haya recibido aquí, para que el plan de su salud nos pague o le reembolse a usted por esos servicios. También podríamos decirle al proveedor del plan de su salud lo relacionado con algún tratamiento que usted vaya a recibir para obtener una autorización previa, o para determinar si el plan de usted cubrirá dicho tratamiento.

- **Para las Operaciones del Cuidado de su Salud.** Podemos usar y divulgar información de su salud con el fin de administrar la oficina y asegurarnos de que usted y nuestros demás pacientes reciban atención de calidad.

Por ejemplo, podríamos utilizar la información sobre su salud para evaluar el rendimiento de nuestros empleados que están al cuidado de su salud. Podríamos usar también la información de la salud de todos o de muchos de nuestros pacientes para ayudarnos a decir qué otros servicios adicionales deberíamos ofrecerles, la forma en que podamos ser más eficientes, o si es que algunos tratamientos nuevos son efectivos.

Podríamos divulgar la información de su salud a los proveedores de seguros para planes de salud que a usted le ofrezcan cobertura y a otros proveedores de la salud que lo estén atendiendo a usted. Nuestras divulgaciones sobre la información de su salud a los seguros de planes y a los demás proveedores podrían tener el propósito de ayudar a que estos seguros y proveedores ofrezcan o mejoren su atención médica, reduzcan los costos, coordinen y administren la atención y los servicios del cuidado de su salud, entrenen a los empleados, y cumplan con la ley.

También podríamos compartir la información sobre el cuidado de su salud con la Red Informativa de la Salud Comunitaria de Oregon o con otras terceras partes "asociadas en el negocio" que desempeñen varias actividades (e.g., programación, mantenimiento de records médicos, contabilidad, facturación, servicios legales o de transcripción) para sus prácticas médicas. Siempre que algún acuerdo entre nuestra oficina y algún asociado en el negocio involucre el uso de la divulgación sobre el cuidado de su salud, contaremos con un contrato por escrito que contenga los términos que cuiden de la privacidad de información protegida del cuidado de su salud.

- **Recordatorios Para sus Citas.** Podríamos ponernos en contacto con usted por teléfono o por correo para recordarle que tiene cita para tratamiento o consulta médica en la clínica o para que recoja sus medicinas.
- **Alternativas de Tratamiento.** Podríamos decirle a usted o recomendarle otras opciones de tratamiento o alternativas que podrían interesarle.
- **Productos y Servicios Relacionados con la Salud.** Podríamos informarle a usted sobre algunos productos o servicios relacionados con la salud que podrían interesarle. Por ejemplo, podríamos convocar a las nuevas madres y ofrecerles clases para ser mejores madres.

Por favor avísenos si usted no quiere ser contactado para recordarle sus citas, o si usted no desea recibir comunicaciones sobre sus alternativas de tratamiento o productos y servicios relacionados con su salud. Si usted no nos avisa, **por escrito**, a la dirección que aparece en la parte superior de esta Notificación, que usted no quiere recibir dichas comunicaciones, no vamos a usar ni divulgar su información para estos propósitos.



- **Recaudación de Fondos.** Podríamos ponernos en contacto con usted para pedirle que usted comparta su historia con fines de recaudar fondos. Por favor complete la FORMA PARA NO PARTICIPAR EN LA RECAUDACION DE FONDOS o notifíquenos por escrito en caso de que usted no quiera que lo contactemos con el fin de recaudar fondos. Si usted nos avisa **por escrito** (a la dirección que aparece en la parte superior de esta Notificación) que usted no quiere recibir dichas comunicaciones, no nos pondremos en contacto con usted para este propósito.

SITUACIONES ESPECIALES

Podríamos usar o divulgar la información de su salud para los siguientes propósitos, sujetándonos a todos los requisitos y limitaciones legales que se apliquen:

- **Para Evitar una Amenaza Grave a la Salud o Seguridad.** Podríamos utilizar y divulgar la información de su salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad, o a la salud y seguridad del público, o de cualquier otra persona.
- **Así Lo Exige la Ley.** Tendremos que divulgar información de su salud cuando la ley federal, estatal o local exija que lo hagamos.
- **Investigaciones.** Podríamos utilizar y divulgar la información de su salud para proyectos de investigación que estén sujetos a un proceso especial de aprobación.
- **Donación de Órganos y Tejidos.** Si usted es un donante de órganos, podríamos divulgar su información médica a organizaciones que manejan la procuración o el trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario, para facilitar dicha donación y trasplante.
- **Militares, Veteranos, Seguridad Nacional e Inteligencia.** Si usted es o fue miembro de las fuerzas armadas, o parte de las comunidades de inteligencia o seguridad nacional, los mandos militares u otras comunidades gubernamentales nos podrían exigir que les divulguemos información sobre su salud. También podríamos divulgar su información a personal militar extranjero o a las autoridades militares extranjeras correspondientes.
- **Compensación del Trabajador.** Podríamos revelar información de su salud para obtener la compensación del trabajador o de otros programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con su trabajo.
- **Riesgos Para la Salud Pública.** Podríamos divulgar información de su salud por razones de salud pública con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; o reportar nacimientos, muertes, sospechas de abuso o negligencia, lesiones físicas no accidentales, reacciones a medicamentos o problemas con algunos productos.
- **Actividades Para Supervisar la Salud.** Podríamos divulgar información de su salud a una agencia encargada de supervisar la salud para sus auditorías, investigaciones, inspecciones, o para propósitos de licencias. Estas divulgaciones pueden ser necesarias para ciertas agencias estatales y federales con el fin de supervisar el sistema de la salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de los derechos civiles.
- **Demandas Legales y Disputas.** Si usted está involucrado en una demanda legal o en alguna disputa, podríamos divulgar información de su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. Sujetos a todos los requisitos legales que se apliquen, también podríamos divulgar información de su salud en respuesta a una citación judicial o subpoena.
- **Aplicación de la Ley.** Podríamos divulgar información de su salud si lo pidiera que lo hagamos



algún funcionario de la ley en respuesta a una orden judicial, citación o subpoena, orden de entrega, requerimiento legal o proceso similar, pero siempre sujetos a todos los requisitos legales que se apliquen.

- **Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias.** Podríamos divulgar información de su salud al médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a algún difunto o determinar la causa de la muerte.
- **Información No Identificable Personalmente.** Podríamos divulgar información de su salud de alguna manera que no lo identifique a usted personalmente ni revele quién es usted.
- **Familia y Amigos.** Podríamos divulgar información de su salud a miembros de su familia, o amigos, si obtenemos su acuerdo verbal para hacerlo, o si le damos a usted la oportunidad de oponerse a tal divulgación y usted no pone objeción alguna. También podríamos divulgar información de su salud a su familia, o a sus amigos, si podemos deducir de las circunstancias, en base a nuestro juicio profesional, que usted no se opondría. Por ejemplo, podríamos suponer que usted estaría de acuerdo con la divulgación de su información personal de su salud a su cónyuge cuando trae a su cónyuge con usted a la sala de examen durante el tratamiento, o mientras se discute el tratamiento.

En situaciones en las que usted no es capaz de dar su consentimiento (debido a su incapacidad o emergencia médica), es posible, usando nuestro juicio profesional, que determinemos que la divulgación de su salud a la familia o a sus amigos es lo mejor para usted. En esa situación, divulgaremos información de salud sólo si es importante para que la persona se involucre en el cuidado de su salud. Por ejemplo, podríamos informar a la persona que lo acompañó a la clínica que usted sufrió un ataque al corazón y proporcionarle información actual de su progreso y pronóstico. También podríamos utilizar nuestro criterio y experiencia profesional para hacer inferencias razonables de que es para su mejor interés permitirles a otras personas que actúen en su nombre y puedan recoger, por ejemplo, recetas médicas, suministros médicos, o resultados de rayos X.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACION DE SU SALUD

No vamos a utilizar o divulgar la información de su salud para fines distintos a los señalados en las secciones anteriores sin su *Autorización* específica por escrito. Si usted nos da la *Autorización* de usar o divulgar la información de su salud, usted puede revocar dicha *Autorización*, **por escrito**, en cualquier momento. Si usted revoca su *Autorización*, ya no podremos usar o divulgar la información de su salud por las razones cubiertas en su *Autorización* por escrito, pero no podemos revertir los usos o divulgaciones que ya se han hecho con su permiso.

En algunos casos, es posible que necesitemos la autorización específica por escrito de usted con el fin de divulgar ciertos tipos de información especialmente protegida, como la información sobre el abuso de sustancias, para fines tales como los que sean necesarios para el tratamiento, pago y atención médica.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SU SALUD

Usted tiene los siguientes derechos referentes a la información de su salud que nosotros mantenemos:

- **Derecho a Inspeccionar y Copiar.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar la información de su salud, como los expedientes médicos, dentales y de facturación, que mantenemos y usamos, para tomar decisiones sobre el cuidado de su salud. Usted debe presentar una solicitud por escrito al gerente de la clínica con el fin de inspeccionar y / o copiar la información de su salud. Si usted solicita una copia de la información, podríamos cobrarle un cargo por los costos de copiado, envío por correo, u otros gastos asociados. Nosotros le notificaríamos del costo y usted podría escoger si quiere retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir los gastos. Una petición modificada podría incluir la solicitud de un resumen de su historial clínico.



Usted tiene el derecho de solicitar una copia de la información de su salud en formato electrónico si mantenemos electrónicamente la información de su salud.

Podríamos negarle la solicitud para inspeccionar y / o copiar su expediente o parte de su expediente en ciertas circunstancias limitadas. Si se le niegan las copias o el acceso a la información de su salud que nosotros tenemos, puede usted solicitar una revisión de nuestra negación. Si la ley le da el derecho a que se revise nuestra negativa, seleccionaremos un profesional de la salud para que usted revise su solicitud y nuestra negativa. La persona que realice la revisión no será la persona que negó su solicitud, y nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.

- **Derecho a Enmendar.** Si usted cree que la información de su salud que tenemos es incorrecta o incompleta, usted puede pedirnos que corriamos dicha información. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda siempre y cuando la información la mantenga el Centro Memorial de Salud Virginia García.

Para solicitar una enmienda, complete y presente una SOLICITUD DE LA FORMA PARA ENMENDAR O CORREGIR EL RECORD DE SU SALUD al gerente de la clínica.

Podríamos negarle su solicitud de enmienda si su petición no se hace **por escrito** o no incluye una razón que apoye la petición. Además, podríamos rechazar o denegar parcialmente su solicitud si usted nos pide enmendar información que:

- Nosotros no hemos creado, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda
- No es parte de la información de su salud que nosotros mantenemos
- No se le permite que usted inspeccione y copie
- Es correcta y completa

Si negamos o parcialmente rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una refutación y solicitar que la impugnación sea parte de su expediente médico. VGMHC también tiene el derecho de presentar una refutación como respuesta y que forme parte de su expediente médico. Usted también tiene el derecho de pedir que todos los documentos relacionados con la solicitud de enmienda (incluyendo la refutación) sean transmitidos a terceras partes en cualquier momento que alguna parte del historial clínico sea divulgada.

Derecho a la Responsabilidad de las Divulgaciones. Usted tiene el derecho de solicitar un "reporte de las divulgaciones." Esta es una lista de las divulgaciones que hemos hecho de la información de su salud para otros fines diferentes al tratamiento, pago, operaciones del cuidado de su salud, cuando lo ha usted autorizado específicamente y en un limitado número de circunstancias especiales relacionadas con la seguridad nacional, las instituciones correccionales y las agencias encargadas de hacer cumplir la ley.

Para obtener esta lista, usted deberá presentar una SOLICITUD DE LA FORMA DE RESPONSABILIDAD DE DIVULGACIONES que incluya el período de tiempo, que no podrá ser mayor de seis años. Su solicitud deberá indicar en qué forma desea usted la lista (por ejemplo, impresa en papel o electrónicamente). Entregue las solicitudes al gerente de la clínica.

La primera lista que usted solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podríamos cobrarle los costos incurridos al proporcionarle la lista. Nosotros le notificaremos el costo y usted podrá escoger el retiro o modificación de su solicitud en ese momento antes de incurrir algún gasto.



- **Derecho a Solicitar Restricciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información de su salud que utilizamos o divulgamos para su tratamiento, pago u operaciones del cuidado de su salud. Usted también tiene el derecho de solicitar un límite en la información de su salud que divulgamos a alguien que esté involucrado en el cuidado de su salud, o en el pago que deba hacer, ya sea un familiar o un amigo. Por ejemplo, usted podría pedirnos que no usemos ni divulguemos información sobre alguna cirugía que usted haya tenido.

No tenemos la obligación de estar de acuerdo con su solicitud. No estamos obligados a aceptar su solicitud. En caso de que estemos de acuerdo, cumpliremos con su petición, a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia, o si nos exige la ley que utilicemos o divulguemos la información.

Tenemos la obligación de estar de acuerdo con su solicitud si usted paga por su tratamiento, por los servicios, las provisiones y las prescripciones “de su propio bolsillo” y si usted solicita que la información no sea comunicada al plan de su salud con el fin de hacer los pagos o las operaciones del cuidado de su salud. Podría haber casos en los que estaríamos obligados a divulgar esta información si la ley nos lo exigiera.

Para solicitar restricciones, usted puede completar y entregar al gerente de la clínica LA SOLICITUD DE LA FORMA PARA RESTRINGIR EL USO Y LA DIVULGACION DE LAS COMUNICACIONES CONFIDENCIALES.

- **Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales.** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre los asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede pedir que nos comuniquemos con usted solamente en su trabajo o por correo.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted puede completar y entregar LA SOLICITUD DE LA FORMA PARA RESTRINGIR EL USO Y LA DIVULGACION DE LAS COMUNICACIONES CONFIDENCIALES al gerente de la clínica. Nosotros no le preguntaremos la razón de su solicitud. Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables. Su solicitud deberá especificar cómo o dónde desea usted ser contactado.

- **Derecho a una Copia Impresa de Esta Notificación.** Usted tiene el derecho de recibir una copia impresa de este aviso. Usted puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Aun cuando usted haya aceptado recibirla por medios electrónicos, usted todavía tiene el derecho a una copia impresa. *[También puede usted encontrar una copia de esta Notificación en nuestro sitio Web.]*

Para obtener dicha copia, póngase en contacto con el gerente de la clínica.

CAMBIOS A ESTA NOTIFICACION

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso, y de hacer efectiva alguna notificación revisada o cambiada de la información médica que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Fijaremos la notificación actualizada en nuestras clínicas incluyendo su fecha de vigencia. Usted tiene derecho a una copia del aviso vigente.

Le informaremos de cualquier cambio significativo a esta Notificación. Esto podría ser por medio de nuestro boletín de noticias, o de un anuncio en un lugar prominente en nuestra(s) clínica(s), o de un aviso publicado en nuestro sitio Web, o por otros medios de comunicación.

VIOLACION DE LA INFORMACION DE SU SALUD

Le informaremos si hubiera alguna violación de la información no asegurada de su salud, conforme lo requiere la ley.

Effective Date 6/1/14



Virginia Garcia Memorial
HEALTH CENTER

QUEJAS

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con nuestra oficina o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos en:

Región X - Seattle (Alaska, Idaho, Oregon, Washington)

Linda Yuu Connor, Gerente Regional

Oficina de Derechos Civiles

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos

2201 Sixth Avenue - M/S: RX-11

Seattle, WA 98121-1831

Teléfono de Voz (800) 368-1019

FAX (206) 615-2297

TDD (800) 537-7697

Para presentar una queja con VGMHC, comuníquese con el Gerente de Aseguramiento de Calidad llamando al 503-352-8561.

Usted no será castigado por presentar su queja.