



NOTIFICACION DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe la forma en que la información sobre su salud se pueda divulgar y utilizar además de la forma en que usted pueda tener acceso a esta información.

Si tiene alguna pregunta sobre esta notificación, por favor póngase en contacto con el Oficial de Cumplimiento Corporativa llamándole al teléfono 503-214-1652 o escribiéndole al:

*P.O. Box 6149
Aloha, OR 97007*

QUIEN DEBE CUMPLIR CON ESTA NOTIFICACION

Este aviso describe las prácticas de privacidad de la información que siguen todos los miembros de la fuerza laboral.

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 todas 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 esta notificación. En ella se le informa a usted acerca de las maneras con que podríamos usar y divulgar la información de su salud y se 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 con 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, dentistas, otros proveedores, farmacéuticos, enfermeras y demás personal que esté involucrado en el cuidado de su salud.

Podemos compartir información sobre usted con personas que no trabajan en nuestra oficina con el fin de coordinar el cuidado de su salud, como pedirle a su farmacia que le provea de sus medicinas, o programar las pruebas de laboratorio, y ordenar los Rayos X. Sus familiares, los que cuidan de su salud, y otros proveedores del cuidado de su salud pueden participar en el cuidado de su salud fuera de esta oficina y pueden requerir información sobre usted.

- **Para el Pago.** Podemos usar y divulgar información de su salud para que su tratamiento y los servicios que reciba usted en la VGMHC sean debidamente pagados.



Por ejemplo, podríamos proporcionar la información del plan de su salud referente a algún servicio que usted reciba aquí, para que su plan de salud nos pague o le reembolse a usted por ese servicio. También podríamos avisarle al plan de su salud lo referente al tratamiento que usted va a recibir para obtener la aprobación con anterioridad, o para determinar si es que su plan va a pagar por el 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 también divulgar la información de su salud a los planes de salud que le ofrecen a usted cobertura de salud y a otros proveedores del cuidado de su salud que lo atienden a usted, para que ellos le puedan ofrecer o mejorar el cuidado, reducir el costo, coordinar y manejar el cuidado y los servicios de su salud, entrenar a los empleados, y cumplir con la ley.

También podríamos compartir la información sobre el cuidado de su salud con la Red Informativa de la Salud Comunitaria de Oregon (OCHIN, siglas en inglés) 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 VGMHC. Otras organizaciones del cuidado de la salud que participen en OCHIN podrían también tener acceso a su expediente médico; sin embargo, a estas organizaciones solamente se les permitirá tener acceso a su información si es que están involucradas en el tratamiento de usted.

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 asegure que ellos protegerán la privacidad de la información del cuidado de su salud.

- **Recordatorios de sus Consultas.** Podremos ponernos en contacto con usted por teléfono, correo, o mensajes seguros de texto como recordatorios de que usted va a tener una consulta.
- **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 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.

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.
- **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.
- **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, 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, 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 decisiones 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 *permiso* específico por escrito. Si usted nos da el permiso de usar o divulgar la información de su salud, usted puede revocar dicho permiso, **por escrito**, en cualquier momento. Si usted revoca su permiso, ya no podremos usar o divulgar la información de su salud, pero no podemos revertir los usos o divulgaciones que ya se hayan hecho con su permiso.

En algunos casos, es posible que necesitemos el permiso específico 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, por ejemplo los expedientes médicos, dentales y de facturación, que mantenemos y que usamos para tomar decisiones sobre el cuidado de su salud. Usted debe presentar una solicitud por escrito al Gerente de Operativos de la Clínica (COM, siglas en inglés) con el fin de inspeccionar y / o copiar los records sobre la información de su salud. Si usted solicita una copia de la información, podríamos cobrarle alguna cantidad por los costos asociados. Nosotros le notificaríamos del costo y usted podría escoger si quiere retirar o modificar su solicitud en ese momento. 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 le negamos 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 de Corregir.** Si usted cree que la información de su salud que tenemos es incorrecta o incompleta, usted puede pedirnos que corrijamos dicha información. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda siempre y cuando la información la mantenga el Centro Memorial de Salud Virginia García. Si usted quiere hacer alguna corrección, complete y entregue su PETICION PARA CORREGIR O ENMENDAR LA FORMA DEL RECORD DE SU SALUD AL GERENTE DE OPERATIVOS DE LA CLINICA (COM, siglas en inglés).

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 corregir información que:

- Nosotros no hemos creado
- No es parte de la información de su salud que nosotros mantenemos
- No se le permitiría que usted inspeccione y copie
- Es correcta y completa

Si negamos o parcialmente rechazamos su solicitud de corrección, 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 corrección, sean transmitidos a terceras partes en cualquier momento en 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, y operaciones del cuidado de su salud, cuando usted lo ha 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 ya sea en forma electrónica o impresa en papel. Entregue las solicitudes al Gerente de Operativos de la Clínica (COM).

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.

- **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 a algún familiar o 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. 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 "de su propio bolsillo" por su tratamiento, por los servicios, las provisiones y las prescripciones 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.

Nosotros podríamos terminar alguna restricción/limitación con la que hemos estado de acuerdo en cualquier momento; pero le daremos a conocer esta determinación.

Para solicitar restricciones, usted puede completar y entregar LA SOLICITUD DE LA FORMA PARA RESTRINGIR EL USO Y LA DIVULGACION DE COMUNICACIONES CONFIDENCIALES al Gerente de Operativos de la Clínica (COM).

- **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 COMUNICACIONES CONFIDENCIALES al Gerente de Operativos de la Clínica (COM). 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 recibir la notificación 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 Operativos de la Clínica (COM).

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 otra información que recibamos en el futuro. Fijaremos la notificación actualizada (o un resumen) en nuestras clínicas incluyendo su fecha de vigencia. Usted tiene derecho a recibir una copia del Aviso actual 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 en otros medios de comunicación.

VIOLACION DE LA INFORMACION DE SU SALUD

Le informaremos si hubiera algún incumplimiento (violación) de la información no asegurada de su salud, conforme lo requiere la ley.

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.