

AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACION MEDICA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION.

Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso, por favor contacte al Oficial de Privacidad del Community Health Center al (541) 826-5853. Community Health Center 8385 Division Road, White City, Oregon, 97503.

Estamos obligados por ley a proporcionarle este aviso, el cual le explicara las maneras en como nosotros podemos usar y divulgar su información medica y también describe sus derechos y nuestra obligación en referente al uso y divulgación de esa información. Este aviso aplica a la información y expedientes que nosotros tenemos sobre su salud, estatus de salud, y el cuidado de salud y servicios que usted recibe en todas las ubicaciones de nuestras clínicas y centros de salud establecidos en la escuela. Las prácticas de privacidad descritas en este aviso también tienen que ser acatadas por todos nuestros empleados, voluntarios y por los proveedores médicos que usted consulte por teléfono o en persona cuando su medico primordial no esta disponible.

COMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACION MEDICA

- **Tratamiento:** Podemos usar su información médica para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar su información médica con doctores, asistentes de médicos, enfermeros de familia practicantes, asistentes medicas, enfermeras, técnicos, empleados de la oficina, otro personal o voluntarios que puedan estar involucradas en su atención medica.
- **Pago:** Podemos usar y divulgar su información medica para facturar y cobrar a su compañía aseguradora o a una tercera identidad por el tratamiento y los servicios médicos que usted reciba en esta oficina.
- **Operaciones de Atención Médica:** Podemos usar y divulgar su información medica para llevar a cabo las funciones de la oficina y para asegurarnos de que usted y nuestros otros pacientes reciban un cuidado de calidad.
- **Recordatorios de Citas:** Podemos llamarle para recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento o cuidado medico en nuestra oficina.
- **Alternativas de Tratamiento:** Podemos decirle o recomendarle posibles opciones de tratamientos alternativos que puedan ser de su interés.
- **Productos y Servicios Relacionados con la Salud:** Nosotros le informaremos sobre productos o servicios relacionados con la salud que sean de su interés.

Por favor, avísenos si usted no desea ser contactado para los recordatorios de citas, o si usted no desea recibir información sobre alternativas de tratamiento o productos o servicios relacionados con la salud. Si usted nos avisa por escrito (al domicilio que aparece en la parte de arriba de este aviso) que usted no desea recibir tales comunicaciones, nosotros no usaremos ni divulgaremos su información para estos propósitos.

Usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento al darnos su aviso por escrito. Su revocación será efectiva cuando recibamos su aviso, pero no aplicara a ningún uso y divulgación de la cual ya haya ocurrido previamente. Si usted decide revocar su consentimiento, nosotros no estaremos permitidos a usar o divulgar su información médica para propósitos de tratamiento, pagos u operaciones de atención médica, y nosotros por lo tanto podríamos elegir descontinuar el cuidado o tratamiento de salud y servicios que le brindamos.

SITUACIONES ESPECIALES: Nosotros podemos usar y divulgar su información medica sin su permiso para los siguientes propósitos, sujeto a todos los requisitos legales que aplican y limitaciones.

- **Para Prevenir Una Amenaza Seria A La Salud o A La Seguridad:** Nosotros podemos usar y divulgar su información medica cuando lo consideremos necesario para evitar una amenaza seria para su salud y seguridad o para la salud y seguridad del público o de otra persona.
- **Requerimientos De La Ley:** Podemos divulgar su información medica cuando así lo requiera la ley federal, estatal, o local.
- **Riesgos de Salud Pública:** Nosotros podemos divulgar su información medica por razones de salud pública con el fin de controlar o prevenir una enfermedad, lesión, o discapacidad; o reportar nacimientos, muertes, sospechas de abuso o negligencia, lesiones físicas no causadas por accidente, reacciones a medicamentos o problemas con productos.
- **Reportando Para Proyectos Especiales:** Podemos usar y divulgar su información medica para reportarla a nuestros programas/proyectos especiales. Le pediremos su permiso si el programa/proyecto tendrá acceso a su nombre, domicilio o otra información que revela quien es usted, o si estará involucrado en su cuidado en la oficina.
- **Fondos/Becas/Recaudación de Fondos/Información Estadística:** Podemos usar o divulgar su información médica con el propósito de asegurar fondos para el funcionamiento de Community Health Center. Le pediremos su permiso si usamos su nombre, domicilio u otra información que revele quien es usted.
- **Facturación:** Si usted es menor de 18 años de edad, pero puede dar su consentimiento legal para recibir tratamiento, usted nos esta dando su permiso para que Community Health Center le cobre al seguro medico de sus padres o guardián legal.
- **Agencia de Colección o Servicios de Facturación:** Si usted es responsable por el pago de su cuenta y no recibimos ningún pago. Nosotros entregaremos su cuenta a una agencia de colección o a un servicio de facturación.
- **Fotos:** Si le tomamos una foto a usted para cualquiera de nuestros proyectos les pediremos su consentimiento por escrito.
- **Exámenes Físicos para el Departamento de Vehículos Motorizados (DMV)/Departamento de Transporte (DOT) y la Escuela:** Podemos divulgar su información médica a organizaciones fuera de la clínica con su consentimiento previo para completar formas de exámenes físicos que usted ha solicitado de Community Health Center.
- **Ejército Militar, Veteranos, Seguridad Nacional e Inteligencia:** Si usted es, o fue, un miembro de las Fuerzas Armadas, o parte de la Seguridad Nacional, o comunidades de inteligencia, podemos estar requeridos por el comando militar u otras autoridades del gobierno a divulgar su información médica. También podemos divulgar la información médica acerca de personal militar extranjero a la respectiva autoridad militar extranjera.
- **Compensación de Obreros:** Podemos divulgar su información médica al programa de compensación de obreros o programas similares. Estos programas le proporcionan beneficios por los daños o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Actividades de Supervisión a la Atención Médica:** Podemos divulgar su información médica a las agencias autorizadas a llevar a cabo actividades de supervisiones en el sector de la salud; tales como auditorias, investigaciones, inspecciones, o para el otorgamiento de licencias. Estas divulgaciones pueden ser necesarias para ciertas agencias del estado y federales para monitorear el sistema de atención médica, programas del gobierno, y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- **Demandas y Disputas:** Podemos divulgar su información médica en respuesta a una corte o orden administrativa si usted esta involucrado en una demanda o una disputa legal. También podemos divulgar su información médica en respuesta a un citatorio tal como lo requiera la ley.
- **Aplicación de la Ley:** Podemos divulgar su información médica a un oficial de la policía cuando así lo requiera la ley o en respuesta a alguna orden de la corte, citación, orden judicial, o un proceso similar tal como lo requiera la ley.
- **Médicos Forenses, Examinadores Médicos, y Directores de Funerales:** Podemos divulgar información medica a un medico forense o examinador medico.
- **Información Personal No Identificable:** Podemos usar o divulgar su información médica de tal manera que no pueda identificarlo personalmente o no revela quien es usted.

- **Familia y Amigos:** Podemos divulgar su información médica a algún miembro de su familia o amigos personales si obtenemos su autorización verbal o si le damos la oportunidad de oponerse a tal divulgación y usted no lo impide. Podemos también divulgar su información médica a su familia si podemos inferir de las circunstancias, basado en nuestro criterio profesional de que usted no se va a negar.

En situaciones cuando usted no esta capacitado para dar su consentimiento (por que usted no esta presente o debido a su incapacidad o emergencia medica), podemos, usar nuestra opinión profesional para determinar que una divulgación a un miembro de su familia o amigo es para su mejor interés. En esa situación, divulgaremos solo información médica pertinente a la persona que este participando en su atención médica. Por ejemplo, podemos informarle a la persona que lo acompañe a la sala de emergencia que usted sufrió un ataque al corazón e informarle las actualizaciones de su progreso y prognosis. También podemos usar nuestro criterio profesional y experiencia para hacer inferencias razonables que sean con el mejor interés de usted para permitir a otra persona que actúe a nombre suyo, por ejemplo, surta recetas, suministros médicos, o rayos x.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACION MÉDICA: No usaremos ni divulgaremos su información médica por ninguna razón solo por aquellas razones identificadas en las secciones previas sin su autorización específica, autorización por escrito. Necesitamos obtener su autorización separada de cualquier otro consentimiento que hemos obtenido de usted. Si usted nos da autorización para usar o divulgar su información medica, usted puede revocar esa autorización, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, no podemos usar ni divulgar su información médica por las razones cubiertas en su autorización escrita, pero no podemos retroceder cualquier uso o divulgación que ya se hicieron con su permiso.

Si tenemos información sobre VIH o abuso de sustancia sobre usted, no podemos divulgar esa información sin su firma especial, autorización escrita (diferente a la autorización y consentimiento mencionado arriba). Para poder divulgar registros de VIH y abuso de sustancias, para los propósitos de *tratamiento, pago u operaciones de atención medica*, necesitaremos tener firmados las dos formas, su *consentimiento* y una autorización especial por escrito que cumple con la ley de quien gobierna estos reportes.

SUS DERECHOS EN LO QUE RESPECTA A SU INFORMACION MÉDICA:

Usted tiene los siguientes derechos referentes a la información médica que tenemos sobre usted:

- **Derecho a Inspeccionar y Copiar:** Usted tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia de su información medica utilizada para tomar decisiones sobre su atención médica, tal como registros médicos y de facturación. Usted tiene que presentar una solicitud por escrito para poder inspeccionar y/o copiar su información medica. Si usted solicita una copia de su información medica, le cobraremos por el costo de copiado y envío postal o por otros cargos adicionales.

Podemos negar su petición de inspeccionar y/o recibir una copia de su información medica en ciertas circunstancias limitadas. Si le negamos el acceso a su información medica, usted puede pedir que se revise la negación. Si tal revisión es requerida por la ley, seleccionaremos a un profesional de atención médica certificado para que revise su petición y nuestra negación. La persona encargada de la revisión no será la misma persona quien negó su petición, nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.

- **Derecho a Enmendar:** Si usted cree que la información medica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, usted puede pedirnos que enmendemos la información. Usted tiene derecho a solicitar dicha enmienda siempre y cuando la información se encuentre en nuestra oficina. Para solicitar una enmienda, complete y entregue la FORMA DE ENMENDAR/CORREGUIR HISTORIAL MEDICO al oficial de Privacidad de Community Health Center.

Podemos denegar su solicitud para enmendar si la petición no fue hecha por escrito o si no incluye los motivos por los cuales usted considera que es necesario dicha enmienda. Adicionalmente, también podemos negar su solicitud si nos pide que enmendemos información médica que:

- No hubiera sido creada por nosotros, a no ser que la persona o la organización que creo la información ya no esta disponible para hacer la enmendación.
- No es parte de los registros que nosotros tenemos
- Usted no estaría permitido a inspeccionar y copiar
- Esta correcta y completa

- **Derecho a un Historial de Divulgaciones:** Usted tiene el derecho a solicitar un “Historial de Divulgación.” Esta es una lista de las divulgaciones que nosotros hemos hecho de su información médica para los propósitos aparte de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Para obtener esta lista, usted debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad del Community Health Center. Se debe indicar un periodo de tiempo, que no podrá ser mas de seis años y no puede incluir fechas antes de Abril 14, 2003. La primera lista que usted solicite dentro de un periodo de 12 meses será gratis. Para listas adicionales, le cobraremos por el costo de proporcionarle la lista. Le notificaremos del costo involucrado y usted puede decidir si quiere retirar o modificar su petición en el momento antes de que cualquier costo ocurra.
- **Derecho a Solicitar Restricciones:** Usted tiene el derecho de solicitar restricciones o limitaciones de la información médica que nosotros usamos o divulgamos de usted para recibir tratamiento, pago, u operaciones de atención médica. Usted también tiene el derecho de solicitar un límite de la información médica que nosotros divulgamos de usted a alguien que esta involucrado en su cuidado o el pago, como un miembro de la familia o amigo. Por ejemplo, usted puede pedirnos que no usemos o divulguemos información sobre una cirugía que usted tuvo.
No estamos obligados a aceptar su solicitud: Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos de que la información sea necesitada para proveerle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, usted debe completar y entregar la forma de SOLICITUD DE RESTRICCION AL USO/DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA al Oficial de Privacidad del Community Health Center.
- **Derecho A Solicitar Comunicaciones Confidenciales:** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted por cuestiones relativas a su atención médica, a través de un modo alternativo o en un lugar determinado. Por ejemplo, usted puede solicitar que solo lo contactemos en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe completar y entregar la forma de SOLICITUD DE RESTRICCION AL USO/DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA Y/O COMUNICACIONES CONFIDENCIALES al oficial de privacidad del Community Health Center. Le preguntaremos por los motivos de su solicitud. Acomodaremos a todas las solicitudes razonables. Usted deberá especificar cómo y en donde usted desea ser contactado(a).
- **Derecho a Recibir Una Copia de Papel de este Aviso:** Usted tiene derecho a recibir una copia de papel de este aviso. Usted puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento aunque usted ya estuvo de acuerdo de recibirlo electrónicamente, usted todavía tiene el derecho a obtener una copia de papel.

CAMBIOS A ESTE AVISO: Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y de hacer entrar en vigor el aviso corregido o cambiado de la información médica que ya tenemos de usted así como cualquier información recibida en el futuro. Publicaremos un resumen del aviso actual en la oficina con la fecha de vigencia en la esquina superior derecha del aviso. Usted tiene derecho a una copia del aviso actualmente en vigor.

QUEJAS: Si usted piensa que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja con nuestra oficina o con la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para entablar una queja con nuestra oficina, contacte al Oficial de Privacidad del Community Health Center al (541) 826-5853. Usted no será penalizado por presentar una queja.

Este Aviso de Privacidad de HIPAA es una versión abreviada. Una versión completa del Aviso de Privacidad de HIPAA del Community Health Center puede leerse en www.communityhealthcenter.org o esta disponible en cualquier ubicación del Community Health Center.