

SISKIYOU COMMUNITY HEALTH CENTER

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA
Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO
A ESTA INFORMACIÓN

Léalo detenidamente

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese a:

PRIVACY OFFICER

Teléfono: 1-866-667-2870

Siskiyou Community Health Center

1701 NW Hawthorne Ave., Suite 201, Grants Pass, OR 97526

QUIÉN DEBE RESPETAR ESTE AVISO

Todos los empleados, personal administrativo y otro personal de Siskiyou Community Health Center deben respetar estas prácticas de privacidad.

SU INFORMACIÓN DE SALUD

Este aviso aplica a la información y los registros que tenemos de su salud, su condición de salud y los servicios y cuidado de salud que recibe en esta clínica. Su información de salud puede incluir información creada y recibida por esta clínica, puede estar en la forma de registros escritos o electrónicos o palabras habladas, puede incluir información de su historial de salud, condición de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas médicas, actividad de facturación relacionada y tipos similares de información relacionada con la salud.

Estamos obligados por ley a entregarle este aviso. El mismo le indica las formas en que podemos usar y divulgar su información de salud y describe sus derechos y obligaciones acerca del uso y la divulgación de esa información.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

Podemos usar y divulgar información de salud para los siguientes propósitos:

- **Para tratamiento.** Podemos usar su información de salud para brindarle servicios o tratamiento médico. Podemos divulgar su información de salud a médicos, enfermeros, técnicos, personal administrativo y otro personal que esté involucrado en el cuidado suyo y de su salud. Por ejemplo, su médico podría estarle tratando por una condición cardíaca y es posible que necesite saber si usted tiene otros problemas de salud que pudieran complicar su tratamiento. El médico puede usar su historial de salud para decidir cuál es el mejor tratamiento para usted. El médico también puede informar a otro médico acerca de su condición para que ese médico pueda ayudar a determinar el cuidado más apropiado para usted. Diferente personal en nuestra clínica puede compartir información suya y divulgar información a personas que no trabajan en nuestra oficina a fin de coordinar su cuidado, tal como llamar a su farmacia para indicar las recetas médicas, programar exámenes de laboratorio y ordenar rayos X. Los familiares y otros proveedores de cuidado de la salud pueden ser parte de su cuidado fuera de esta clínica y ellos podrían necesitar información suya que nosotros tenemos.
- **Para pago.** Podemos usar y divulgar su información de salud para poder facturar el tratamiento y los servicios que recibe en esta clínica y así poder cobrarle el pago a usted, su compañía de seguro o un tercero. Por ejemplo, puede que tengamos que darle a su plan de salud información acerca de un servicio que recibió aquí para que su plan de salud nos pague a nosotros o le reembolse a usted por el servicio. También podemos informar a su plan de salud acerca de un tratamiento que usted va a recibir a fin de obtener una autorización previa o para determinar si su plan pagará por el tratamiento.
- **Para operaciones de cuidado de la salud.** Podemos usar y divulgar su información de salud para poder administrar la clínica y asegurarnos de que usted y otros pacientes reciban cuidados de calidad. Por ejemplo, podemos usar su información de salud para evaluar el desempeño de nuestro personal en cuidar de usted. También podemos usar información de salud acerca de nuestros pacientes para ayudarnos a decidir qué otros servicios deberíamos ofrecer, cómo podemos ser más eficientes y si ciertos tratamientos nuevos son eficaces. También podemos divulgar su información de salud a planes de salud que ofrecen cobertura de seguro y otros proveedores de cuidado de la salud que cuidan de usted. Nuestras divulgaciones de su información de salud a planes y otros proveedores pueden ser con el propósito de ayudar a estos planes y proveedores a ofrecer o mejorar los cuidados, reducir costos, coordinar y manejar cuidados y servicios de salud, capacitar al personal y cumplir con la ley.
- **Recordatorios de citas.** Podemos comunicarnos con usted como un recordatorio de que tiene una cita para tratamiento o cuidado médico en la clínica. Podemos dejarle un mensaje en su máquina contestadora o correo de voz.
- **Alternativas para tratamiento.** Podemos informarle acerca de o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que pudieran interesarle.
- **Productos y servicios relacionados con la salud.** Podemos informarle acerca de productos o servicios relacionados con salud que pudieran interesarle. Por favor háganos saber si no desea que nos comuniquemos con usted para recordatorios de citas, o si no desea recibir comunicaciones acerca de alternativas de tratamiento o de productos y servicios relacionados con la salud. Si nos informa **por escrito** (a la dirección que aparece en la parte superior de este Aviso) que no desea recibir ese tipo de comunicaciones, no usaremos ni divulgaremos su información para estos fines.

SITUACIONES ESPECIALES

Podemos usar o divulgar su información de salud para los siguientes propósitos, sujeto a todos los requisitos y limitaciones legales aplicables:

- **Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad.** Podemos usar y divulgar su información de salud cuando sea necesario para evitar una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona.
- **Intercambios de información médica.** Participamos en intercambios de información médica para facilitar el intercambio seguro de su historial médico electrónico entre varios proveedores de atención médica u otras entidades de atención médica para fines

de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Esto significa que podemos compartir información que obtenemos o creamos sobre usted con entidades externas (como hospitales, consultorios médicos, farmacias y compañías de seguros), o podemos recibir información que crean u obtienen sobre usted (como historial médico, medicamentos e información de seguros) para que cada uno de nosotros pueda brindar un mejor tratamiento y coordinación de sus servicios de atención médica.

- **Obligatorio por ley.** Divulgaremos su información de salud cuando lo requiera la ley federal, estatal o local.
- **Investigación.** Podemos usar y divulgar su información de salud para proyectos de investigación que estén sujetos a un proceso de aprobación especial. Le pediremos su autorización si el investigador tendrá acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quién es usted, o si participará de su atención en la clínica.
- **Donación de órganos y tejidos.** Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar su información de salud a organizaciones que se encargan de la obtención de órganos 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.
- **Ejército, veteranos, seguridad nacional e inteligencia.** Si usted es o fue un miembro de las fuerzas armadas, o parte de las comunidades de inteligencia o seguridad nacional, podríamos estar obligados por los mandos militares u otras autoridades gubernamentales a divulgar su información de salud. También podemos divulgar información de salud acerca de personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera apropiada.
- **Compensación a los trabajadores.** Podemos divulgar su información de salud para programas de compensación de trabajadores lesionados o programas similares. Estos programas ofrecen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Riesgos de salud pública.** Podemos divulgar su información de salud por motivos de salud pública a fin de evitar o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; o reportar nacimientos, muertes, sospecha de abuso o negligencia, lesiones físicas no accidentales, reacciones a medicamentos o problemas con productos.
- **Actividades de supervisión de la salud.** Podemos divulgar información de salud a un organismo de supervisión de salud para fines de auditorías, investigaciones o concesión de licencias. Estas divulgaciones pueden ser necesarias para que ciertos organismos estatales y federales supervisen el sistema de cuidado de la salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.
- **Demandas y disputas.** Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podemos divulgar su información de salud en respuesta a una orden de un tribunal o administrativa. Sujeto a todos los requisitos legales aplicables, también podemos divulgar su información de salud en respuesta a una citación judicial.
- **Cumplimiento de la ley.** Podemos divulgar información de salud si nos lo solicita un funcionario de cumplimiento de la ley en respuesta a una orden de un tribunal, una citación judicial, caución, comparecencia o proceso similar, sujeto a todos los requisitos legales aplicables.
- **Médicos forenses, legistas y directores de funerarias.** Podemos divulgar información de salud a un médico forense o legista. Esto podría ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte.
- **Información que no le identifica personalmente.** Podemos usar o divulgar su información de salud en una forma que no le identifique personalmente ni revele quién es.
- **Familia y amigos.** Podemos divulgar su información de salud a familiares y amigos si obtenemos su probación verbal para hacerlo o si le damos una oportunidad para oponerse a dicha divulgación y usted no se opone. También podemos divulgar su información de salud a su familia o amigos si podemos inferir de las circunstancias, con base en nuestro juicio profesional, que usted no se opondría. Por ejemplo, podemos suponer que usted acepta que divulguemos su información de salud personal a su cónyuge cuando lo/la lleva con usted al consultorio durante un tratamiento o mientras se discute el tratamiento.
- En las situaciones en las que usted no es capaz de dar su consentimiento (porque no está presente o debido a su incapacidad o una emergencia médica), podemos, con base en nuestro juicio profesional, determinar si una divulgación a su familiar o amigo es por su bien. En esa situación, solo revelaremos información de salud relevante para la participación de esa persona en su cuidado. Por ejemplo, podemos informar a la persona que le acompañó a la sala de emergencias que sufrió un infarto y brindarle actualizaciones de su progreso y pronóstico. También podemos usar nuestra experiencia y juicio profesional para hacer inferencias razonables de que es por su bien permitir que otra persona actúe en su nombre para recoger, por ejemplo, recetas médicas surtidas, suministros médicos o rayos X.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

No usaremos ni divulgaremos su información de salud para ningún otro fin que no sean los especificados en las secciones anteriores sin su *Autorización* específica por escrito. Si nos da *Autorización* para usar o divulgar su información de salud, puede revocar esa *Autorización*, **por escrito**, en cualquier momento. Si revoca la *Autorización*, ya no usaremos ni divulgaremos su información por los motivos cubiertos en su *Autorización* escrita, pero no podemos retirar ningún uso o divulgación que ya hayamos hecho con su permiso. En algunas circunstancias, podríamos necesitar su autorización específica y escrita para divulgar ciertos tipos de información protegida de forma especial como información de VIH, abuso de sustancias, salud mental y pruebas genéticas.

SUS DERECHOS RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD

Usted tiene los siguientes derechos respecto a la información de salud suya que conservamos:

- **Derecho a inspeccionar y solicitar copias.** Tiene derecho a inspeccionar y hacer copias de su información de salud, tal como registros médicos y de facturación, que mantenemos y usamos para tomar decisiones de su cuidado. Debe presentar una solicitud escrita a REGISTROS MÉDICOS para poder inspeccionar y copiar registros de su información de salud. Si solicita una copia de la información, podemos hacerle un cobro por los costos de copiar, enviar por correo u otros suministros asociados. Podemos denegar su solicitud de inspeccionar o copiar los registros en ciertas circunstancias limitadas. Si se le deniegan las copias o el acceso a su información de salud que mantenemos, usted puede pedir una revisión de la denegación. Si la ley le da el derecho a revisar nuestra denegación, elegiremos un profesional de cuidado de la salud autorizado para que revise su solicitud y nuestra denegación. La persona a cargo de la revisión no será la persona que denegó su solicitud, y nosotros respetaremos el resultado de la revisión.
- **Derecho a enmendar.** Si usted considera que la información de salud que tenemos de usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que enmendemos la información. Tiene derecho a solicitar una enmienda siempre que sea información que conserva esta oficina.

Para solicitar una enmienda, llene y entregue

un FORMULARIO DE ENMIENDA/CORRECCIÓN DE EXPEDIENTE MÉDICO a nuestro ENCARGADO DE PRIVACIDAD.

Podemos denegar su solicitud de una enmienda si la solicitud **no se hace por escrito** o **no incluye un motivo** que respalde la solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos pide que corrijamos información que:

- No creamos nosotros, 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 salud que mantenemos
- Usted no tiene permitido inspeccionar y hacer copias
- Es precisa y está completa.
- **Derecho a un historial de las divulgaciones.** Tiene derecho a solicitar un "historial de divulgaciones". Es una lista de las divulgaciones que hicimos de su información médica para fines distintos al tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud, y un número limitado de circunstancias especiales relacionadas con la seguridad nacional, instituciones correccionales y cumplimiento de la ley. Esta lista también excluye cualquier divulgación que hayamos hecho con base en su autorización escrita. Para obtener esta lista, debe presentar su solicitud **por escrito** a EXPEDIENTES MÉDICOS. La solicitud debe indicar un período de tiempo, que no puede ser de más de seis años y no puede incluir fechas previas al 14 de abril de 2003. Además, debe indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, impresa o en formato electrónico). La primera lista que solicite en un período de 12 meses será gratis.

Si desea listas adicionales, podemos cobrarle el costo de proporcionárselas. Le informaremos del costo relacionado y usted puede decidir si retira o modifica su solicitud en ese momento antes de incurrir en cualquier gasto.

- **Derecho a solicitar restricciones.** Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite a la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de la misma, como un familiar o un amigo. Por ejemplo, puede solicitar que no usemos ni divulguemos información sobre una cirugía a la que se haya sometido. Puede optar por no participar en el intercambio de información médica, excepto en caso de emergencia.
- **No estamos obligados a cumplir con su solicitud.**

Si la aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia o si estamos obligados

por la ley a usar o divulgar la información.

Estamos obligados a cumplir con su solicitud si es usted quien paga por su tratamiento, servicios, suministros y recetas médicas con "desembolso directo" y solicita que la información no se comunique a su plan de salud para fines de pago u operaciones de cuidado de la salud. Puede haber casos en los que estemos obligados a divulgar esta información si lo exige la ley.

- Para solicitar restricciones, puede rellenar y presentar la SOLICITUD DE RESTRICCIÓN EN EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA a nuestro ENCARGADO DE PRIVACIDAD.
- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de asuntos médicos en una cierta forma o en una cierta ubicación. Por ejemplo, puede pedir que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, puede llenar y presentar la SOLICITUD DE RESTRICCIÓN EN EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA O COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL a nuestro ENCARGADO DE PRIVACIDAD. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Cumpliremos con todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted.

- **Derecho a recibir una copia impresa de este aviso.** Tiene derecho a solicitar una copia impresa de este aviso. Puede pedirnos que le entreguemos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si aceptó recibirlo en formato electrónico, tiene derecho a una copia impresa. Para obtenerla, comuníquese con la RECEPCIONISTA en esta clínica. También puede encontrar una copia de este aviso en nuestro sitio web: www.siskiyouhealthcenter.com.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho a modificar este aviso y hacer que el aviso revisado o modificado tenga vigencia para la información de salud que ya tenemos así como cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos el aviso vigente (opcional: o *un resumen del aviso vigente*) en la oficina con la fecha de vigencia en la esquina superior derecha. Tiene derecho a recibir una copia del aviso vigente. Le informaremos de cualquier cambio a este aviso por medio de la publicación de un aviso en nuestra sala de espera que le indicará cuál es nuestro sitio web u otros medios de comunicación.

VIOLACIÓN A LA INFORMACIÓN DE SALUD

Le informaremos si existe una violación a su información de salud.

QUEJAS

Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante nuestra oficina o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante nuestra oficina, comuníquese a:

PRIVACY OFFICER
Teléfono 1-866-667-2870
Siskiyou Community Health Center
1701 NW Hawthorne Ave.
Grants Pass, OR 97526

No será sancionado por presentar una queja.