

Aviso de Prácticas de Privacidad

Efectivo Marzo 1 del 2017

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED O SU HIJO PUEDE SER USADA O DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE ACEDER A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVÍSELE CON CUIDADO

Si usted tiene preguntas acerca de esta noticia, por favor comuníquese con la Oficial de Privacidad o la Administradora de la Clínica al (503) 640-2757 – 445 East Main Street, Hillsboro Oregon

QUIEN SEGUIRÁ ESTE AVISO

Este aviso describe las prácticas de privacidad seguidos por nuestros proveedores, empleados y no empleados en el equipo de trabajo.

LA INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA DE USTED O SU HIJO (ISP)

Por la totalidad de este documento, si usted no es el paciente sino el guardián legal o representante personal del paciente, el uso de “usted” y “su” significará, “su hijo”, “el niño”, “de su hijo”, o “del niño”.

Este aviso aplica a la información y los registros que tenemos acerca de usted, su salud, el estatus de su salud, el cuidado de salud y servicios que recibe de Hillsboro Pediatric Clinic LLC (HPC), puede estar en forma escrita o registro electrónico o palabra hablada, y puede incluir información acerca de la historia de su salud, estatus de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, prescripciones, actividades relacionadas a pedidos de pago u otros asuntos similares de información relacionadas a la salud.

La ley nos requiere darle este aviso. Le explicara acerca de las maneras que podríamos usar y divulgar su ISP y describe sus derechos y nuestras obligaciones acerca del uso y revelación de esta información.

COMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU ISP

Nosotros podríamos usar y divulgar ISP por los siguientes propósitos:

- **Para Tratamiento.** Podríamos usar su ISP para proveerle tratamiento médico o servicios. Podríamos divulgar su ISP a doctores, enfermeras, técnicos, o el equipo médico u otras personas quienes están involucrados en el cuidado de usted y su salud. Por ejemplo, su doctor podría estar dándole tratamiento por una condición del corazón y tendría que saber si usted tiene otros problemas de salud que podrían complicar su tratamiento. El doctor podría usar su historia médica para decidir cuál tratamiento sería lo mejor para usted. El doctor podría también contarle a otro doctor acerca de su condición para que este doctor pudiera ayudar a determinar cuál es el cuidado más apropiado para usted. Diferentes personas de nuestra organización podrían compartir la información acerca de usted y divulgar información a personas que no trabajan para HPC para la coordinación de su cuidado, por ejemplo podrían llamar medicaciones a la farmacia, programar exámenes de laboratorio y ordenar rayos x. Familiares u otros proveedores podrían ser parte de su cuidado médico afuera de esta oficina y podrían requerir información acerca de usted que nosotros tenemos. Nosotros pediremos su permiso antes de compartir su información de salud con su familia a menos que usted no pueda dar permiso a tales revelaciones por su condición de salud.
- **Para Pagos.** Nosotros podríamos usar y divulgar la información acerca de su salud para que los tratamientos y servicios que usted recibe en HPC sean facturados y que los pagos sean colectados por su parte o por una compañía de seguro o un tercer grupo. Por ejemplo, podríamos necesitar que darle información a su plan de salud acerca de un servicio que usted recibió aquí para que su plan de salud nos pueda pagar o reembolsarle a usted por el servicio. Nosotros también podemos contarle a su plan de salud acerca de un tratamiento que usted va a recibir para obtener previa aprobación o para determinar si su plan va a pagar por el tratamiento.
- **Para Operaciones de Cuidado de Salud.** Nosotros podríamos usar y divulgar su ISP para hacer funcionar a HPC y asegurar que usted y los otros pacientes reciban cuidado de calidad. Por ejemplo, podríamos usar la información de su salud para las evaluaciones de nuestros empleados en el trato de su cuidado. También podríamos usar información de salud acerca de todos o muchos de nuestros pacientes para ayudarnos a decidir cuales servicios adicionales deberíamos ofrecer, como podríamos ser más eficientes, o si ciertos nuevos tratamientos son efectivos. También podríamos divulgar su ISP a planes de salud que le proveen su cobertura médica y otros proveedores de salud que cuidan de usted. Nuestras revelaciones de su información de su salud a planes de salud u otros proveedores podrían ser con el propósito de ayudar a estos planes y a proveedores para proveer cuidado o mejorar el cuidado, reducir costos, coordinar y gestionar cuidado de salud y servicios, y entrenar al equipo y cumplir con la ley.

En algunas instancias podríamos necesitar una autorización escrita de parte de usted para divulgar cierta información que es especialmente protegida tal como VIH, abuso de sustancias, salud mental e información de



Hillsboro Pediatric Clinic LLC

503-640-2757
FAX 503-640-9753

pruebas genéticas para propósito de tratamiento, pago, y operaciones de cuidado de salud.

SITUACIONES ESPECIALES

- A. **Divulgación de Vacunas a Escuelas.** Podríamos divulgar su registro de vacunación a escuelas con permiso verbal. Divulgación de otra información requiere de una autorización escrita.
- B. **Divulgar a Padres como Representantes Personales de Menores.** En la mayoría de los casos le podríamos divulgar la ISP de su hijo menor de edad. Sin embargo en algunas situaciones estamos permitidos y requeridos por la ley negarle acceso a la ISP de su hijo menor de edad. Por ejemplo tenemos que negar su acceso si su hijo menor de edad (14 años o mayor en Oregon) recibe tratamiento para una adición de alcohol o drogas.
- C. **Para evitar una Amenaza Seria de Salud o Seguridad.** Nosotros podríamos usar y divulgar su ISP cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud o seguridad o a la salud y seguridad del público o de otra persona.
- D. **Requerido Por La Ley.** Divulgaríamos su ISP cuando seamos requeridos hacerlo por la ley federal, estatal o local.
- E. **Investigaciones.** Nosotros podríamos usar y divulgar la información acerca de su salud para proyectos de investigación que están sujetos a un proceso de aprobación especial. Nosotros le pediremos su permiso si el investigador podría tener acceso a su ISP que revela quien es usted, o quienes podrían estar involucrados en su cuidado en la oficina.
- F. **Donación de Órganos y Tejidos.** Si usted es un donante de órganos, podríamos divulgar su ISP a organizaciones que manejan la obtención o trasplante de un órgano, ojo o tejido o a un lugar de donación de órganos, como necesario para facilitar una donación o trasplante.
- G. **Militar, Veteranos, Seguridad Nacional e Inteligencia.** Si usted es o fue un miembro de las fuerzas armadas, o parte de la comunidad de seguridad nacional o inteligencia, podríamos ser requeridos por mandato militar u otras autoridades del gobierno de divulgar su ISP. También podríamos divulgar ISP para personal militar extranjero a la apropiada autoridad militar extranjera.
- H. **Compensación de Obreros.** Nosotros podríamos divulgar su ISP para compensación de obreros o programas similares que proveen beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas al trabajo.
- I. **Riesgos Públicos de Salud.** Nosotros podríamos divulgar su ISP para razones de la salud pública para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; o reportar nacimientos, fallecimientos, sospechas de abuso o negligencia, lesiones físicas no accidentales, reacciones a medicaciones o problemas con productos.
- J. **Actividades de Vigilancia de Salud.** Nosotros podríamos divulgar su ISP a una agencia de vigilancia de salud para los propósitos de auditorías, investigaciones, o licencias. Estas revelaciones podrían ser necesarias para ciertas agencias estatales y federales para monitorear el sistema de cuidado de salud, programas del gobierno, y conformidad con leyes de derechos cívicos.
- K. **Demandas y Disputas.** Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podríamos divulgar su ISP en respuesta a una orden administrativa o de la corte. Sujetos a todos los requisitos legales, podríamos también divulgar su ISP en respuesta a una citación.
- L. **Oficial de la Ley.** Podríamos divulgar ISP si un oficial de la ley nos pide que lo hagamos en respuesta de una orden judicial, citatorio, orden judicial convocatoria, o un proceso similar, sujeto a todos los requisitos legales aplicables.
- M. **Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerales.** Nosotros podríamos divulgar ISP a un médico forense o examinador médico. Esto sería necesario por ejemplo para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte.
- N. **Información no Identificable Personalmente.** Nosotros podríamos usar y divulgar su ISP de una manera en la cual no le identifica personalmente o revela quien es.
- O. **Familia y Amigos.** Podemos compartir su ISP con miembros de su familia o amigos si usted nos dice que podemos o si nosotros le preguntamos y usted no se niega. También podemos compartir su ISP con su familia o amigos si las circunstancias indican que usted no se opone. Por ejemplo podemos asumir que usted está de acuerdo con la revelación de su ISP a su familia o amigos cuando usted los trae al cuarto de exámenes mientras que estén hablando sobre tratamientos. Eso aplica aun después de que el paciente haya fallecido. En situación donde usted no es capaz de dar consentimiento (por que usted no está presente o por razón de incapacidad o emergencia médica), podemos determinar que una revelación de su ISP a un miembro de su familia o amigo es en su mejor interés. En esa situación solo divulgaremos ISP relevante para las personas involucradas en su cuidado. También podríamos determinar que sería en su mejor interés que un miembro o amigo actué por su parte (por ejemplo, hacerle una cita, o recoger su prescripción, etc.).

- P. **Organizaciones de Ayuda para Desastres.** Podemos divulgar su ISP a organizaciones de ayuda de desastre que buscan su ISP para coordinar su cuidado, o notificar a su familia y amigos de su ubicación o condición en un desastre. Le proporcionaremos la oportunidad de acordar u oponerse a tal divulgación siempre que sea prácticamente posible hacerlo.

OTROS USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD

Nosotros no usaríamos o divulgaríamos su ISP por cualquier otro propósito que no sea por los propósitos identificados en las partes anteriores (incluyendo estudios, mercadeo, para recaudar de fondos) sin su Autorización específica y escrita. Ejemplos de divulgaciones que requieren su autorización incluyen divulgación a su pareja, su esposo(a), sus hijos, y su consejería legal.

Si usted nos da su Autorización para usar o divulgar su ISP, usted puede revocar ésta Autorización, en **escrito**, en cualquier tiempo. Si usted revoca su Autorización, no usaríamos o divulgaríamos información acerca de usted por las razones cubiertas por su Autorización escrita, pero no podríamos retomar cualquier uso o revelación ya hecho con su permiso.

SUS DERECHOS ACERCA DE LA INFORMACIÓN DE SU SALUD

Usted tiene los siguientes derechos acerca de su ISP:

- **Derecho de Inspeccionar y Copia.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su ISP que nosotros mantenemos y usamos para hacer decisiones acerca de su cuidado sin costo a usted vía nuestro Portal de Paciente seguro de HPC. Si usted pide que ISP se mande por email usted reconoce que no tenemos email encripto y usted está dispuesto a aceptar los riesgos asociados sin seguridad. Si quiere que le demos una copia de otra manera (por ejemplo, impreso, otro formato electrónico) usted debe presentar una autorización escrita y nosotros le cobraremos los costos asociados (formato, copias, envío y otros materiales). Nosotros le notificaríamos el costo involucrado y usted podrá decidir negar o modificar su pedido antes de que los gastos sean efectivos. Un pedido modificado puede incluir un pedido de un resumen de su expediente médico. Mandaremos su copia dentro de 30 días de su pago. En ciertas circunstancias limitadas, podríamos negar su petición para inspeccionar y/o copiar su expediente médico o partes del expediente médico. Si se le niegan las copias o el acceso a su ISP, usted podrá pedir que la negación sea revisada. Si la ley le da a usted el derecho de revisar nuestra negación, nosotros seleccionaríamos a un licenciado profesional de cuidado de salud para revisar su pedido y nuestra negación. La persona conduciendo la revisión no sería la persona quien negó su pedido, y nosotros cumpliríamos con el resultado de la revisión.
- **Derecho a Enmendar.** Si usted cree que su ISP es incorrecta o incompleta, usted puede pedir que nosotros enmendamos la información. Usted tiene el derecho de pedir una enmendación mientras que nosotros tengamos la información. Para pedir una enmendación, complete y entregue un FORMULARIO DE ENMENDACIÓN/CORRECCIÓN DE REGISTRO MÉDICO. Nosotros podríamos negar su pedido para una enmendación si su pedido no es **en escrito** o si no incluye una razón para apoyar su pedido. También, podemos negar o negar parcialmente su pedido si usted nos pide enmendar información que:
 1. Nosotros no creamos;
 2. No es parte de la información que nosotros mantenemos;
 3. Usted no fuera permitido inspeccionar o copiar; o
 4. Que es correcta y completa.

Si nosotros negamos o negamos parcialmente su pedido para una enmendación, usted tiene el derecho de entregar una refutación y pedir que la refutación sea hecha parte de su registro médico. Su refutación necesitaría ser dos páginas o menos, y nosotros tendríamos el derecho de presentar una refutación en respuesta a lo de usted en su expediente médico. Usted también tendría el derecho de pedir que todos los documentos asociados con el pedido de enmendación (incluyendo a la refutación) sean transmitidos a cualquier otro grupo cada vez que cualquier parte del expediente médico sea divulgado.

- **Derecho a un Registro de Revelaciones.** Usted tiene el derecho de pedir un "registro de revelaciones." Esta es una lista de las revelaciones que nosotros hemos hecho de su ISP para propósitos que no sean para su tratamiento, pagos, u operaciones de cuidado de salud, como lo es permitido por ley. Para obtener a esta lista, usted tendría que entregar su pedido **por escrito** dictando un periodo de tiempo, que no podría ser más de seis años. Su pedido debería indicar como quiere recibir esta lista. La primera lista que usted pida dentro de un periodo de 12 meses sería gratis. Para listas adicionales, nosotros le avisaríamos del costo involucrado y usted podría decidir a retirar o modificar a su pedido en este tiempo antes de que cualquier gasto ocurra.
- **Derecho de Pedir Restricciones.** Usted tiene el derecho de pedir una restricción o limitación de información de salud que nosotros usamos o divulgamos acerca de usted para tratamiento, pago, u operaciones de cuidado de salud. Usted también tiene el derecho de pedir un límite de la información de salud que divulgamos acerca de usted a

alguien que está involucrado en su cuidado o el pago por su cuidado, como un miembro de su familia o amigo. Para pedir restricciones, usted podría cumplir y entregar un PEDIDO DE RESTRICIÓN DE USAR/DIVULGAR ISP a la Oficial de Privacidad de HPC.

Nosotros no estamos requeridos de conceder su pedido. Si nosotros estamos de acuerdo, cumpliríamos con su pedido a menos que la información sea necesaria para proveerle con tratamiento de emergencia o si estamos requeridos por ley de usar o divulgar la información.

Nosotros estamos requeridos a conceder su pedido cuando usted paga completamente “del bolsillo” antes del tiempo de servicio de su tratamiento, servicio, suministros y recetas – y usted pida que la información no sea comunicada a su plan de salud para propósitos de pago o cuidado de salud. Podría haber instancias cuando nosotros estamos requeridos a divulgar esta información si es requerido por la ley.

- **Derecho a Pedir Comunicaciones Confidenciales.** Usted tiene el derecho de pedir que nosotros nos comuniquemos con usted acerca de asuntos médicos en una cierta forma o en un cierto lugar. Por ejemplo, puede pedir que nosotros le contactemos solo en su trabajo o solo por correo. Para hacer esta solicitud incluya su deseado método de contacto en el Registro de Paciente. Complaceremos solicitudes razonables.
- **Derecho a una Copia Impresa de éste Aviso.** Usted tiene el derecho de una copia impresa de éste aviso aún si usted ha concedido a recibirlo electrónicamente. Si no mira una copia en la sala de espera pregunte a una recepcionista por una copia. También puede encontrar este aviso en nuestro cito web.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nosotros reservamos el derecho de cambiar éste aviso, y para hacer que el aviso revisado o cambiado efectivo para información médica que ya tenemos acerca de usted y también a cualquier información que recibiríamos en el futuro. Nosotros pondremos la copia más reciente de este aviso en nuestros locales con su fecha efectiva. Usted tiene el derecho de tener una copia del aviso más reciente y en efecto.

Nosotros le informaremos de cualquier cambio significativo de éste aviso. Esto podría ser a través de una notificación puesta en nuestros locales, una noticia puesta en nuestra página de web, o por otros medios de comunicación.

INCUMPLIMIENTO DE INFORMACIÓN DE SALUD

Nosotros le informaremos si haya algún incumplimiento de su información no asegurada de salud.

QUEJAS

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede archivar una queja con nuestra Oficial de Privacidad o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos a:

Para archivar una queja con nosotros, contacta al Oficial de Privacidad: Hillsboro Pediatric Clinic LLC 445 East Main Street

Hillsboro, Oregon 97123-4084 Voice Phone (503) 640-2757 | FAX (503) 640-9753

Office for Civil Rights Region X U.S. Department of Health & Human Services 2201 Sixth Avenue - M/S: RX-11
Seattle, WA 98121-1831 Voice Phone (800) 368-1019 | FAX (206) 615-2297 TDD (800) 537-7697

No será penalizado por archivar una queja.