



# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de vigencia: 23/09/2013

Actualizado: 10/06/2020

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y  
CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.

LAS LEYES Y LOS REGLAMENTOS FEDERALES Y ESTATALES PERMITEN USAR O COMPARTIR LA  
INFORMACIÓN EN

SUS REGISTROS MÉDICOS EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES.

POR FAVOR ESTUDIEN LOS CUIDADOSAMENTE.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con la oficina de Administración de Neighborhood Health Center al 503-941-3033 y solicite comunicarse con Cumplimiento "Compliance". También puede enviar un correo a la dirección de 7320 SW Hunziker RD, Ste 300, Tigard, OR 97223.

## QUIEN SEGUIRÁ ESTAS NORMAS

Este aviso describe la información de las prácticas de privacidad que son seguidas por nuestros empleados, personal y otro personal.

## SU INFORMACIÓN DE SALUD

Este aviso se aplica a la información y los registros que tenemos sobre usted, su salud, estado de salud, la atención médica y los servicios que recibe en todas las clínicas de atención primaria de Neighborhood Health Center, clínicas dentales, centros de salud escolares y farmacias. Su información de salud puede incluir información creado y/o recibido por Neighborhood Health Center. Puede ser en forma escrita o registros electrónicos o registros dados verbal mente. Puede incluir información sobre su historial de salud, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de exámenes, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas, información de su historial de facturas e información similares relacionada con su salud.

La ley nos exige que le enviemos este aviso. Le informara sobre las formas en que podemos usar y divulga información de su salud y describe sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de esa información.

## **CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED**

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

**Para tratamiento.** Podemos utilizar su información de salud para brindarle tratamiento médico, o servicios. Podemos divulgar su información de salud a médicos, dentistas, enfermeras, técnicos, farmacéuticos, personal u otro personal involucrado en el cuidado de usted y su salud.

Por ejemplo, es posible que su médico lo esté tratando por una condición cardíaca y necesite saber si usted tiene otros problemas de salud que podrían complicar su tratamiento. El médico puede usar su historial médico para decidir qué tratamiento es mejor para usted. El médico también puede decirle a otro médico. Sobre su condición para que ese médico pueda ayudarlo a determinar la atención médica más adecuada para usted.

Diferentes miembros del personal de nuestra organización pueden compartir información sobre usted y divulgar información a personas que no trabajan para Neighborhood Health Center. La razón sería para coordinar su tratamiento médico. Por ejemplo, llamar a la farmacia, programar citas al laboratorio y ordenar radiografías. Puede ser que sus familiares y otros proveedores de atención médica sean parte de su cuidado médico fuera de esta oficina y sea que requieran información sobre usted que nosotros tengamos. Solicitaremos su permiso antes de compartir información de salud con su familia o amigos, a menos que no pueda dar permiso a dichas divulgaciones debido a su estado de salud.

**Pagos.** Podemos usar y divulgar información de salud sobre usted para que los tratamientos y los servicios que reciba en Neighborhood Health Center puedan ser facturados y cobrados con usted, su compañía de seguros u otra compañía diferente.

Por ejemplo, es posible que necesitemos brindarle a su plan de salud información sobre un servicio que recibió aquí, de modo que su plan de salud nos pague o le reembolsará el servicio. También podemos informarle a su plan de salud sobre un tratamiento que va a recibir para obtener la aprobación previa o para determinar si su plan pagará el tratamiento.

**Para el funcionamiento de nuestras clínicas.** Podemos usar y divulgar información de su salud para administrar Neighborhood Health Center y asegurar nos dé que usted y nuestros otros pacientes reciban atención de calidad.

Por ejemplo, podemos usar su información de salud para evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted. También podemos usar información de salud sobre todos o muchos de nuestros pacientes para ayudarnos a decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, cómo podemos ser más eficientes o si ciertos nuevos tratamientos son efectivos.

También podemos divulgar su información de salud a su plan de seguro médico y otros proveedores de atención médica que forman parte de su cuidado. Nuestras divulgaciones de su información de salud a los planes y otros proveedores pueden ser para ayudar a estos planes y proveedores a proporcionar o mejorar la atención, reducir costos, coordinar y administrar la atención y los servicios de salud, capacitar al personal y cumplir con la ley.

**Recaudación de fondos.** Puede ser que lo contactaremos para pedirle ayuda con diferentes campañas de recaudación de fondos.

Notifíquenos si no desea ser contactado durante las campañas de recaudación de fondos. Si nos notifica en escrito (en la dirección que figura en la parte superior de este aviso) que no desea recibir comunicaciones, no utilizaremos ni divulgaremos su información para estos fines.

### **Situaciones Especiales**

Podemos usar o divulgar información de salud sobre usted para los siguientes propósitos. Estamos sujeto a todo los requisitos legales y limitaciones aplicables:

**Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad.** Podemos usar y divulgar información de salud sobre usted cuando sea necesario para evitar una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona.

**Requerido por la Ley.** Divulgaremos información de salud sobre usted cuando sea requerido por el Gobierno Federal, Ley Estatal o Local.

**Investigación.** Podemos usar y divulgar información de salud sobre usted para proyectos de investigación que son sujeto a un proceso de aprobación especial. Le pediremos su permiso si el investigador tendrá acceso a su nombre, dirección u otra información que revela quién es usted o quién participará en su cuidado en la oficina.

**Donación de Órganos y Tejidos.** Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar información de salud a las organizaciones que manejan la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos o un banco de donaciones de órganos, según sea necesario para facilitar dicha donación y trasplante.

**Militares, Veteranos, Seguridad Nacional e Inteligencia.** Si eres o fuiste miembro de las fuerzas Armadas, o parte de las comunidades de seguridad nacional o inteligencia, podemos ser requeridos por comando militar u otras autoridades gubernamentales a divulgar información de salud sobre usted. También podemos divulgar información sobre personal militar extranjero a las autoridades militar extranjera correspondientes.

**Compensación de Trabajadores.** Podemos divulgar información de salud sobre usted para compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**Riesgos de Salud Pública.** Podemos divulgar información de salud sobre usted por razones de salud pública para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; o reportar nacimientos, muertes, sospecha de abuso o negligencia, lesiones físicas no relacionadas a un accidente, reacciones a medicamentos o problemas con un producto.

**Actividades de supervisión de la salud.** Podemos divulgar información de salud a una agencia de supervisión de salud para auditorías, investigaciones, inspecciones o fines de licencia. Estas divulgaciones pueden ser necesarias para ciertas agencias Estatales y Federales para monitorear el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

**Demandas y Disputas.** Si está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. Estamos

sujetos a todos los requisitos legales aplicables, también podemos divulgar información de salud sobre usted en respuesta a un citatorio.

**Aplicación de la ley.** Podemos divulgar información de su salud si lo solicita un oficial del lay en respuesta a una orden de la corte, orden judicial, citatorio, orden de comparecer o proceso similar. Estamos sujetos a todos los requisitos legales aplicables.

**Médicos Forenses y Directores de Funerarias.** Podemos divulgar información de salud a un forense o médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte.

**Información que no identifica a una persona.** Podemos usar o divulgar información de salud sobre usted en una manera que no lo identifique personalmente ni revele quién es.

**Familiares y amigos.** Podemos divulgar información de salud sobre usted a los miembros de su familia o amigos si obtenemos su consentimiento verbal para hacerlo o si le damos la oportunidad de negar este consentimiento y no obtenemos una respuesta. También podemos divulgar información de salud a su familia o amigos si podemos concluir de bajo de las circunstancias, que no se opondría. Por ejemplo, podemos suponer que acepta que divulguemos su información personal de salud cuando su cónyuge lo/la acompañe al cuarto de examen o al hospital durante el tratamiento o mientras se discute el tratamiento.

En situaciones en las que no es capaz de dar su consentimiento (porque no está presente o debido a su incapacidad o emergencia médica), podemos, utilizando nuestro criterio profesional, determinar que compartiremos con su familia o amigos. En esa situación, revelaremos solo información de salud relevante para la participación de la persona en su atención. Por ejemplo, podemos informar le a la persona que lo acompañó a la sala de emergencias que sufrió un ataque cardíaco y proporcionar actualizaciones sobre su progreso y pronóstico. También podemos utilizar nuestro juicio profesional y experiencia para hacer inferencias razonables de que es lo mejor para usted. Para permitir que otra persona actúen en su nombre. Por ejemplo, para recoger recetas de medicamentos, suministros médicos o radiografías.

## **OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD**

No utilizaremos ni divulgaremos su información de salud para ningún otro propósito que no sea identificado en las secciones anteriores sin su autorización por escrito. Si nos autoriza a usar o divulgar información de salud sobre usted, puede revocar esa autorización, por escrito, en cualquier momento. Si a revocar su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos información sobre usted por los motivos cubierto dado a su autorización por escrito, pero no podemos retirar ningún uso o divulgación ya realizada con su permiso.

En algunos casos, es posible que necesitemos una autorización específica por escrito de su parte para divulgar ciertos tipos de información especialmente protegida, como información sobre abuso de sustancias para fines tales como tratamiento, pago y para el funcionamiento de las clínicas.

## **TÉRMINOS DE ACUERDOS ORGANIZADOS POR LAS CLÍNICAS MÉDICAS**

Neighborhood Health Center es parte de un acuerdo organizado por las clínicas médica que incluye participantes en OCHIN. Una lista actualizada de los participantes de OCHIN está disponible en [www.ochin.org](http://www.ochin.org). Como socio comercial de Neighborhood Health Center, OCHIN suministra tecnología de información y servicios relacionados al Neighborhood Health Center y otros participantes de OCHIN. OCHIN también participa en actividades de evaluación y la mejoría de calidad en nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina las actividades de revisión dentro de las clínicas en nombre de las organizaciones participantes para establecer estándares de mejor práctica y evaluar los beneficios clínicos que puedan provenir del uso de sistemas electrónicos de registros de salud. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar en colaboración para mejorar el manejo de las referencias de pacientes internos y externos. Neighborhood Health Center puede compartir su información de salud personal con otros participantes de OCHIN o un intercambio de información de salud solo cuando sea necesario para tratamiento médico o para fines del funcionamiento de las clínicas dentro del acuerdo de la organización. El manejo del funcionamiento de las clínicas puede incluir, entre otras cosas, geo codificar la ubicación de su residencia para mejorar los beneficios clínicos que recibe.

La información de salud personal puede incluir información médica pasada, presente y futura. Así como la información descrita en las Reglas de Privacidad. La información a medida que se divulgue se divulgará de conformidad con las Reglas de Privacidad o cualquier otra ley aplicable, según se modifique periódicamente. Tiene derecho a cambiar de opinión y retirar este consentimiento, sin embargo, es posible que la información ya se haya proporcionado según lo permitido usted. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que usted lo revoque por escrito. Si se solicita, se le proporcionará una lista de entidades a las que se ha divulgado su información.

### **SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información de salud que mantenemos sobre usted:

**Derecho a inspeccionar y copiar.** Tiene derecho a inspeccionar y copiar su información de salud, como registros médicos y facturas que guardamos y usamos para tomar decisiones sobre su atención. Debe de enviar una solicitud por escrito al departamento de Cumplimiento “Compliance” para poder inspeccionar y / o copiar registros de su salud. Si solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa por los costos de la copia, correo u otros suministros asociados. Le notificaremos el costo involucrado y usted puede elegir retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir el costo. Una solicitud modificada puede incluir solicitar un resumen de su registro médico.

Si solicita ver una copia de su información de salud, no le cobraremos por inspeccionar su información de salud. Si desea inspeccionar su información de salud, envíe su solicitud en escrito al departamento de Cumplimiento “Compliance”

Tiene derecho a solicitar una copia de su información de salud en formato electrónico si almacenamos su Información electrónicamente.

Podemos negar su solicitud de inspección y / o copia de su registro o partes de su registro en ciertas circunstancias limitadas. Si se le niegan copias o acceso a su información de salud que

mantenemos sobre usted, puede solicitar que se revise nuestro rechazo. Si la ley le da derecho a revisar nuestro rechazo, seleccionaremos un profesional de atención médica con licencia para revisar su solicitud y nuestro rechazo. La persona que realiza la revisión no será la persona que le negó su solicitud, y nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.

**Derecho a Enmendar.** Si cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que modifiquemos la información. Tiene derecho a solicitar una enmienda siempre y cuando la información sea mantenida por su proveedor.

Para solicitar una enmienda, complete y envíe un Formulario de enmienda / corrección de registros médicos al departamento de Cumplimiento "Compliance". Este formulario puede ser solicitado con el departamento de Administración.

Podemos negar su solicitud de enmienda si su solicitud no está por escrito o no incluye una razón apoyando la solicitud. Además, podemos negar parcialmente su solicitud si solicita que modifiquemos información que:

- No creamos, 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
- No se le permitiría inspeccionar y copiar
- Es exacto y completa

Si negamos o negamos parcialmente su solicitud de enmienda, tiene derecho a presentar una refutación y solicitar que la refutación forme parte de su registro médico. Su refutación debe tener 2 páginas de longitud o menos y tenemos derecho a responder a su refutación y formara parte de su registro médico. También tiene derecho a solicitar que todos los documentos asociados con la solicitud de enmienda (incluida la refutación) se transmitirá a cualquier otra organización en cualquier momento en que esa parte del registro médico sea divulgado.

**Derecho a una contabilidad de divulgaciones.** Tiene derecho a solicitar un informe de divulgaciones. Esta es una lista de las divulgaciones que hemos realizado de su información médica para fines que no sean específicos al tratamiento, pago, para el funcionamiento de las clínicas. O cuando allá sido específicamente autorizado por usted y un número de circunstancias especiales que involucran seguridad nacional, instituciones correccionales y orden público.

Para obtener esta lista, debe enviar su solicitud por escrito a "Billing Clerk". Debe indicar un período de tiempo, que no puede exceder seis años. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, en papel, electrónicamente). La primera lista que solicita dentro de un período de 12 meses serán a no cargo. Para listas adicionales, podemos cobrarle costos dado a que le proporcionaremos la lista. Le notificaremos a usted del costo involucrado y puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir los costos.

**Derecho a solicitar restricciones.** Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información de su salud que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de clínicas. Usted también tiene derecho a solicitar un límite de la información de salud que divulgamos sobre usted a alguien quién participa en su cuidado o el pago de su

cuidado, como un familiar o amigo. Por ejemplo, tu podrías pedirnos que no usemos ni divulguemos información sobre una cirugía que haya tenido.

**No estamos obligados a aceptar su solicitud.** Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia o que seamos requeridos por ley para usar o divulgar la información.

**Estamos obligados a aceptar su solicitud.** Si paga por tratamiento, servicios, suministros y recetas de su bolsillo y solicita que la información no se comunique a su plan de salud para pagos u operaciones de la clínica. Puede haber casos en los que estemos obligados a divulgar esta información si así lo exige la ley.

Para solicitar restricciones, puede completar y enviar la solicitud por escrito a nuestra oficina de Administración, atención: Cumplimiento “Compliance”.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que nosotros nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un cierto lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, puede enviar una carta indicando que solicita comunicaciones confidenciales a nuestra oficina de Administración, atención: Cumplimiento “Compliance”. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted. No le preguntaremos el motivo de su solicitud, nosotros acomodaremos todas las solicitudes razonables.

**Derecho a una copia impresa de este aviso.** Tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Usted nos puede pedir que se le proporcione una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente, todavía tiene derecho a una copia en papel. También puede encontrar una copia de este aviso en nuestro sitio web.

Para obtener dicha copia, comuníquese con la oficina de Administración.

## **CAMBIOS A ESTE AVISO**

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y hacer que el aviso revisado o modificado sea efectivo para información médica que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro.

Le informaremos de cualquier cambio significativo en este aviso. Esto puede ser a través de nuestro boletín, una publicación de forma destacada en nuestra (s) clínica (s), un aviso publicado en nuestro sitio web u otros medios de comunicación.

## **INCUMPLIMIENTO DE INFORMACIÓN DE SALUD**

Le informaremos si hay una violación con su información médica.

## **QUEJAS**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nuestra oficina o ante la secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Para presentar una queja ante Neighborhood Health Center, comuníquese con nuestra oficina de Administración, atención: Cumplimiento "Compliance" a la dirección 7320 SW Hunziker Rd, Ste 300, Tigard, OR 97223 o al 503-941-3033.

***Usted no será penalizado por presentar una queja.***



## POLÍSA DE AUSENCIA

Estimado paciente,

Nos gustaría tomar un momento para darle la bienvenida a nuestra (s) clínica (s). Estamos muy contentos de que haga elegido a Neighborhood Health Center como su proveedor de atención primaria y esperamos poder brindarle un cuidado de atención médica excepcional.

- Si sabe con anticipación, que no podrá asistir a su cita programada. Por favor llámenos tan pronto como lo sepa para poder reprogramar su cita. De esta manera nos permite conectar a otros pacientes con sus proveedores lo más pronto posible.
- Si no tiene transporte para su cita, estaremos encantados de ayudarlo a conectarlo con transporte a través de su compañía de seguro médico o discutir otras opciones para ayudarlo a mantener su cita.
- Si se muda y no puede viajar a su clínica de atención primaria. ¡Tenemos otros lugares de atención medica disponibles! ¡Podemos ayudarlo a conectar se con otra clínica de NHC que sea más conveniente para usted y su nueva dirección!
- Si su horario de trabajo o cuidado de niños no le permite cumplir con su cita programada, nosotros podemos ayudarlo a reprogramar su cita. ¡Nosotros tenemos citas temprano por la mañana y en la tarde disponibles!

Entendemos que la vida a veces puede ser un obstáculo en cuanto el cuidado de nuestra salud.

Queremos trabajar con usted para asegurarnos de que se mantenga saludable y logre sus objetivos de atención médica. ¡Háganos saber cómo podemos ayudar!

Sinceramente,

Neighborhood Health Center