|  |  |
| --- | --- |
| Logo, company name  Description automatically generated | **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD** |

EN ESTE AVISO, SE EXPLICA CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN DE SALUD, Y

CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ELLA. LÉALO ATENTAMENTE.

Neighborhood Health Center respeta su privacidad. No revelaremos su información a otros, a menos que usted nos indique hacerlo, o que la ley nos autorice o nos exija hacerlo. Todos los representantes de NHC deben cumplir los términos y condiciones de este aviso, mantener la privacidad de su información de salud personal y notificarle las obligaciones legales y prácticas de privacidad de NHC. Este aviso se aplica a la información y a los registros que tenemos sobre usted, su salud, su estado de salud, la atención médica y los servicios que recibe en todas las clínicas de atención primaria de Neighborhood Health Center, las clínicas dentales, los centros de salud escolares y las farmacias. Su información de salud puede incluir información que Neighborhood Health Center ha creado y recibido, ya sea en registros escritos o electrónicos, o incluso de manera oral, y puede incluir los datos sobre su historia clínica, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas de medicamentos, facturación y tipos similares de información relacionada con la salud.

Estamos obligados por la ley a proporcionarle este aviso, el cual le informará sobre las formas en que podemos usar y revelar su información de salud, y también explica sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso y a la revelación de esa información.

**NUESTROS USOS Y REVELACIÓN DE DATOS**

Por lo general, usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

**Con fines de tratamiento.** Podemos utilizar su información de salud para brindarle tratamiento médico o servicios médicos. Podemos revelar su información de salud a médicos, dentistas, especialistas en conducta, personal de enfermería, técnicos, farmacéuticos, personal de la salud y demás personal del NHC que participe en su atención.

*Ejemplo: un médico que lo trata por una lesión* *consulta a otro médico sobre su estado de salud general para asegurarse de que está tomando las decisiones de tratamiento adecuadas para usted.*

Distintos miembros del personal de nuestra organización pueden compartir información sobre usted y revelar la información a personas que no trabajan para Neighborhood Health Center con el fin de coordinar su atención, como informar por teléfono las recetas médicas a su farmacia, programar análisis de laboratorio y solicitar radiografías. Familiares y otros proveedores de atención médica pueden formar parte de su atención médica fuera de este consultorio y pueden solicitar información sobre usted. Antes de compartir información de salud con su familia o con sus cuidadores, solicitaremos su permiso, a menos que no pueda concederlo debido a su estado de salud.

**Con fines de pago.** Podemos usar y revelar su información de salud para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades.

*Ejemplo: proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.*

**Con fines de actividades de atención médica.** Podemos usar y revelar su información de salud para administrar Neighborhood Health Center, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

*Ejemplo: revisamos su información de salud para evaluar el desempeño del personal y establecer las necesidades de formación.*

**SITUACIONES ESPECIALES**

Podemos o debemos compartir su información de otras formas, por lo general de aquellas que contribuyan al bien común, como la salud y la investigación públicas. Para poder compartir su información para estos fines, primero debemos cumplir ciertas condiciones legales. Para obtener más información, consulte www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

**Ayuda con la salud pública y cuestiones de seguridad.** Podemos usar y compartir su información de salud en las siguientes situaciones:

* para prevenir enfermedades;
* para ayudar a retirar productos del mercado;
* para informar reacciones adversas a medicamentos;
* para informar sospechas de abuso, abandono o violencia doméstica;
* para prevenir o minimizar una amenaza grave para la salud o la seguridad de alguien.

**Cumplimiento con la ley.** Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere asegurarse de que estemos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

**Investigaciones.** Podemos usar y revelar su información de salud para proyectos de investigación que están sujetos a un proceso de aprobación especial. Solicitaremos su permiso si el investigador tendrá acceso a su nombre, dirección u otra información que pueda identificarlo.

**Donación de órganos y tejidos.** Si usted es donante de órganos, podemos revelar su información de salud a organizaciones encargadas de obtener órganos.

**Compensación de los trabajadores, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.** Podemos revelar su información de salud con los siguientes propósitos:

* para presentar reclamos relativos a la compensación de trabajadores;
* para cumplir con la ley;
* para compartirla con entidades de control de la salud con fines de actividades autorizadas por la ley;
* para que el gobierno lleve a cabo funciones especiales, tales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

**Demandas y disputas.** Podemos revelar su información de salud para responder a una orden judicial o administrativa, o a una citación.

**Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias.** Podemos revelar su información de salud a un médico forense, al director de una funeraria o a un médico examinador. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para indicar la causa de la muerte.

**Recaudación de fondos.** Es posible que nos comuniquemos con usted con fines de recaudación de fondos, pero usted puede solicitar que no volvamos a contactarlo.

**Familiares y amigos.** Podemos revelar su información de salud a sus familiares o amigos si obtenemos su consentimiento oral para hacerlo o le damos la oportunidad de oponerse a esa divulgación y no lo hace. También podemos revelar su información de salud a su familia o amigos si inferimos de las circunstancias, según nuestro juicio profesional, que usted no se opondría. Por ejemplo, podemos suponer que usted está de acuerdo con que compartamos su información de salud personal a su cónyuge cuando se presenta en el consultorio con su cónyuge para realizarse un tratamiento o hablar sobre él.

En situaciones en las que no pueda dar su consentimiento (debido a su ausencia, incapacidad o emergencia médica), podemos, según nuestro juicio profesional, establecer que revelar su información a su familiar o amigo es lo mejor para usted. En esa situación, solo revelaremos la información de salud relevante para la participación de la persona en su atención.

**NUESTRAS RESPONSABILIDADES**

Estamos obligados por la ley a mantener la privacidad y la seguridad de su información de salud protegida. Si se produce una infracción que puede haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información, se lo notificaremos de inmediato.

Debemos seguir las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia. En el caso de pacientes menores de edad, se dará aviso tanto al paciente como al padre o tutor del menor.

No usaremos ni revelaremos su información de salud para ningún otro propósito que no sea el identificado en las secciones anteriores sin su autorización específica por escrito. Requerimos una autorización por escrito para usar su información de salud con fines de marketing, para compartir notas de psicoterapia y para vender su información. Usted puede revocar esa autorización, por escrito, en cualquier momento. Si la revoca, ya no usaremos ni revelaremos su información por los motivos que se indican en la autorización escrita, pero no podemos revertir ningún uso o revelación que ya se haya hecho con su permiso.

Para obtener más información, consulte www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

**TÉRMINOS DE LOS ACUERDOS DE ATENCIÓN MÉDICA ORGANIZADA**

Neighborhood Health Center forma parte de un acuerdo de atención médica organizada llamado OCHIN, que incluye otros integrantes. En www.ochin.org, se encuentra una lista actualizada de los integrantes de OCHIN. OCHIN es socio comercial de Neighborhood Health Center, por lo que proporciona tecnología de la información y servicios relacionados a Neighborhood Health Center y a otros integrantes de OCHIN. OCHIN también participa en actividades de análisis y de mejora de la calidad en nombre de sus integrantes. Por ejemplo, OCHIN coordina las actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones integrantes a fin de establecer estándares de prácticas adecuadas y evaluar los beneficios clínicos que puedan derivarse del uso de sistemas de registro de salud electrónicos. OCHIN también ayuda a los integrantes a trabajar de manera colaborativa para mejorar la gestión de las derivaciones internas y externas de pacientes. Neighborhood Health Center puede compartir su información de salud personal con otros integrantes de OCHIN o realizar un intercambio de información de salud solo cuando sea necesario para el tratamiento médico o con fines de actividades de atención médica del acuerdo de atención médica organizada. Las actividades de atención médica pueden incluir, entre otras, la geocodificación de su ubicación de 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 Normas de privacidad. La información, en la medida que se revele, se hará conforme a las Normas de privacidad o a cualquier otra ley aplicable, según se modifique. Tiene derecho a cambiar de opinión y a revertir este consentimiento; sin embargo, es posible que la información ya se haya revelado en función de su consentimiento anteriormente concedido. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que usted lo revoque por escrito. Si lo solicita, se le proporcionará una lista de entidades a las que se ha revelado su información.

**SUS DERECHOS**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud:

**Derecho a consultarla y a copiarla.** Tiene derecho a acceder a su información de salud, tal como su historia clínica y los registros de facturación, que conservamos y usamos para tomar las decisiones sobre su atención. Para obtener una copia de su información, debe enviar por escrito una Autorización para la revelación de información a su clínica del NHC.

**Derecho a modificarla.** Si cree que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la corrijamos. Consúltenos cómo hacerlo.

Podemos rechazar esa solicitud de corrección si esta no se realizó por escrito o no incluye un motivo que la respalde. Además, podemos rechazarla de manera parcial o total si nos solicita que modifiquemos información con las siguientes características:

* información que no hayamos creado nosotros, a menos que la persona o la entidad que la hayan creado ya no esté disponible para modificarla;
* información que no es parte de la información de salud que conservamos;
* información que no se le permitiría consultar y copiar;
* información que es precisa y completa.

**Derecho a solicitar un registro de revelaciones.** Tiene derecho a solicitar un registro de las revelaciones realizadas. Se trata de una lista de las revelaciones que hicimos de su información de salud con fines distintos del tratamiento, pago o actividades de atención médica, que usted autorizó de manera específica o que autorizó para una cantidad limitada de circunstancias especiales relacionadas con la seguridad nacional, las instituciones correccionales y los organismos del orden público.

Para obtener la lista, solicítela por escrito al Departamento de Facturación. La solicitud deberá indicar un período que no supere los seis años. Deberá indicar también el formato en que quiere recibir la lista (por ejemplo, en papel o medios electrónicos). La primera lista que solicite en el plazo de 12 meses será gratuita. En caso de solicitar listas adicionales, podríamos cobrarle un cargo. Le informaremos el importe del cargo y podrá decidir si quiere cancelar o modificar la solicitud en ese momento antes de realizar cualquier cargo.

**Derecho a solicitar restricciones.** Tiene derecho a solicitar que restrinjamos o limitemos la información de salud que usamos o revelamos sobre usted para el tratamiento, el pago o las actividades de atención médica. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos rechazarla si consideramos que aceptarla podría afectar su atención.

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

Para solicitar comunicaciones confidenciales, comuníquese con su equipo de atención. No le preguntaremos el motivo de la solicitud. Admitiremos todas las solicitudes razonables. En la solicitud debe especificar cómo o dónde quiere que se lo contacte.

**Derecho a solicitar una copia impresa de este aviso.** Tiene derecho a solicitar una copia impresa de este aviso. Puede solicitar que le enviemos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si aceptó recibirlo por medios electrónicos, tiene derecho a recibir una copia impresa. También puede encontrar una copia de este aviso en nuestro sitio web.

**Elegir a alguien para que actúe por usted.** Si le ha otorgado a alguien un poder para la atención de su salud o tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones relativas a su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona esté autorizada para actuar en su nombre y pueda hacerlo antes de que tomemos cualquier medida.

**CAMBIOS A ESTE AVISO**

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y de hacer que el aviso revisado o modificado tenga validez para la información de salud que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos más adelante. Los avisos nuevos estarán disponibles a pedido en nuestra oficina y en nuestro sitio web, nhcoregon.org.

**PREGUNTAS, INQUIETUDES O QUEJAS**

Si tiene preguntas sobre esta política o cree que se han infringido sus derechos de privacidad, puede contactarnos por medio de la información que figura abajo. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos por correo postal a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, por teléfono al 1-877-696-6775 o en el sitio web www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

**No recibirá una sanción por presentar una queja.**

|  |
| --- |
| Neighborhood Health Center  ATTN: Risk and Compliance  7320 SW Hunziker Road, Suite 300  Portland, OR 97223  503-941-3087  concerns@nhcoregon.org |