

## **MEDICINA DEPORTIV—OREGON PRACTICAS DEL AVISO DE PRIVACIDAD**

*Este aviso describe la forma en que la información médica referente a usted se pueda usar o divulgar, y la forma para que usted tenga acceso a esta información.*

### **POR FAVOR REVISELA CON MUCHO CUIDADO**

*Si tuviera usted alguna pregunta sobre este aviso, por favor póngase en contacto con el Departamento de Expedientes Médicos de nuestra oficina llamando al 503-692-8700, 7300 SW Childs Road, Suite B, Tigard, OR 97224*

#### **QUIENES DEBEN OBEDECER ESTE AVISO**

Este aviso describe las prácticas de privacidad sobre la información que nuestros empleados, funcionarios y demás trabajadores deben obedecer.

#### **LA INFORMACION DE SU SALUD**

Este aviso se aplica a la información y a los expedientes que tenemos referentes a su salud, al estado de su salud, y a la atención médica y a los servicios que usted recibe en esta oficina.

Por ley se nos exige que le demos este aviso. El aviso le proporcionará las formas en que nosotros podríamos usar y divulgar la información sobre su salud, y describe sus derechos y nuestras obligaciones referentes al uso y divulgación de dicha información.

#### **FORMA EN QUE PODRIAMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACION SOBRE SU SALUD**

Nosotros podríamos usar y divulgar información sobre su salud con los siguientes propósitos:

**Para Tratamiento.** Podríamos nosotros usar información sobre su salud para ofrecerle atención médica o servicios médicos. Podríamos divulgar información sobre su salud a otros médicos, enfermeras, técnicos, funcionarios o demás trabajadores de oficina encargados del cuidado de su salud.

Por ejemplo, su médico podría estarle tratando alguna condición del corazón y podría necesitar saber si usted tiene otros problemas de salud que pudieran complicar su tratamiento. El doctor podría usar su historial médico para decidir cuál podría ser para usted el mejor tratamiento. El doctor también podría decirle a otro doctor cuál es su condición para que dicho doctor pueda determinar la atención médica que sea más apropiada para usted.

Los diferentes funcionarios de nuestra oficina podrían compartir información sobre usted y divulgar la información a personas que no trabajan en nuestra oficina con el fin de coordinar el cuidado de su salud, por ejemplo pedir por teléfono las recetas médicas a su farmacia, programar análisis de laboratorio, y ordenar rayos X. Los miembros de su familia y otros proveedores de la salud podrían ser parte del cuidado de su salud fuera de esta oficina y podrían necesitar la información que tenemos referente a usted.

**Para Pagos.** Podríamos usar y divulgar la información sobre su salud para que el tratamiento y los servicios que haya recibido en esta oficina puedan ser cobrados y podamos recibir el pago de usted, de su compañía de seguro de salud, o de otras terceras partes.

Por ejemplo, podría ser necesario que demos información del plan de su salud referente a algún servicio que usted haya recibido para que la compañía del seguro de su salud nos pague o le reembolse a usted el servicio. También podríamos comunicarle a la compañía del seguro de su salud el tratamiento que usted está por recibir para obtener aprobación con anterioridad, o determinar si es que su plan de salud paga dicho tratamiento.

**Para Operativos del Cuidado de su Salud.** Podríamos usar y divulgar información sobre su salud con el propósito administrativo en la oficina y asegurarnos que usted y nuestros demás pacientes reciban un cuidado de buena calidad para su salud.

Por ejemplo, podríamos usar la información de su salud para evaluar el desempeño de nuestros empleados al ofrecerle a usted atención y cuidado. También podríamos usar la información de la salud de todos o de muchos de nuestros pacientes para ayudarnos a decidir si son necesarios otros servicios adicionales, si podemos ofrecer una forma más eficiente en nuestros servicios, o si algunos tratamientos nuevos son efectivos.

**Tratamientos Alternativos.** Podríamos decirle a usted o recomendarle otras opciones o alternativas de tratamiento que podrían interesarle.

Por favor notifíquenos si no quiere que nos pongamos en contacto con usted para recordarle sus citas, o si no quiere usted recibir comunicaciones sobre los tratamientos alternativos o los productos y servicios relacionados con su salud. Si usted nos notifica **por escrito** (a la dirección escrita en la parte superior de este Aviso) que no quiere recibir dichas comunicaciones, no vamos a usar ni a divulgar su información para estos propósitos.

## **SITUACIONES ESPECIALES**

Podríamos usar o divulgar información sobre su salud para los siguientes propósitos, estando sujetos a todos los requisitos y limitaciones legales que se apliquen:

**Para Evitar una Amenaza Seria a su Salud o Seguridad.** Podríamos usar o divulgar información sobre su salud cuando sea necesario para evitar una amenaza seria a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad del público o de cualquier otra persona.

**Exigencia de la Ley.** Vamos a divulgar información sobre su salud cuando la ley federal, estatal o local así lo exija.

**Investigaciones.** Podríamos usar o divulgar información sobre su salud para proyectos de investigación que estarán sujetos a un proceso especial de aprobación. Le vamos a pedir permiso a usted si los investigadores pueden tener acceso a su nombre, a su dirección, o a otra información que revele quién es usted, o quién va a participar en el cuidado de su salud en nuestra oficina.

**Donación de Órganos y Tejidos.** Si usted fuera donador de órganos, podríamos entregar información sobre su salud a organizaciones que manejan la provisión de órgano u órganos, transplante de ojo o de tejido, o a algún banco de donación de órganos, conforme sea necesario para facilitar dicho donativo o transplante.

**Militar, Veteranos, Seguridad Nacional e Inteligencia.** Si usted es o ha sido miembro de las fuerzas armadas, o parte de las comunidades de seguridad nacional o de inteligencia, se nos podría exigir, por ley del comando militar o de las autoridades de gobiernos, que entreguemos información sobre su salud. También podríamos divulgar información acerca del personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera apropiada.

**Compensación del Trabajador.** Podríamos divulgar información sobre su salud al programa de Compensación del Trabajador o a otros programas similares. Estos programas ofrecen beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el empleo.

**Riesgos de Salud Pública.** Podríamos divulgar información sobre su salud por motivos de salud pública con el propósito de prevenir 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 ciertos productos.

**Actividades de Vigilancia de la Salud.** Podríamos divulgar información sobre su salud a alguna agencia de supervisión de la salud para sus auditorías, investigaciones, inspecciones, o propósitos de licencia. Estas divulgaciones podrían ser necesarias para ciertas agencias estatales o federales con el fin de vigilar el sistema del cuidado de la salud, algún programa del gobierno, y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.

**Demandas y Disputas.** Si usted estuviera involucrado en alguna demanda legal o disputa, podríamos divulgar información de su salud para responder a alguna orden judicial o administrativa. Sujetos a todos los requisitos legales que se apliquen, podríamos divulgar información de su salud para responder a alguna subpoena o citación.

**Aplicación de la Ley.** Podríamos divulgar información de su salud si nos lo pidiera algún oficial de la ley para responder a alguna orden judicial, alguna citación o subpoena, alguna orden de arresto, alguna citación o proceso militar similar, pero siempre sujetos a todos los requisitos legales que se apliquen.

**Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias.** Podríamos divulgar información de su salud al médico forense, o al examinador médico.

Por ejemplo, dicha información podría ser necesaria para identificar a la persona que haya muerto o determinar la causa de su muerte.

**Información No Identificable Personalmente.** Podríamos usar o divulgar información de su salud de tal modo que usted no pueda ser identificado ni se sepa quién es usted.

**Familia y Amigos.** Podríamos divulgar información de su salud a sus familiares o amigos si obtenemos el consentimiento verbal de usted para hacerlo, o si le damos a usted la oportunidad de objetar a la divulgación y usted no presenta ninguna objeción. También podríamos divulgar información de su salud a sus familiares o amigos si pudiéramos concluir, de acuerdo a las circunstancias, basándonos en nuestro juicio profesional, en que usted no tendría alguna objeción.

Por ejemplo, podríamos suponer que usted está de acuerdo en que su esposa conozca la información de su salud personal cuando usted trae a su esposa a la consulta durante su tratamiento o mientras se discute el tratamiento.

En situaciones en que usted no pueda dar su consentimiento (por no estar presente o debido a su incapacidad, o a alguna emergencia médica), podríamos, usando nuestro juicio profesional, determinar que la divulgación a algún miembro de su familia o amigo se hace con los mejores intereses para usted. En esta situación, vamos a divulgar solamente la información de su salud que sea importante para que esa persona se involucre en el cuidado de su salud.

Por ejemplo, le podríamos informar a esa persona que lo acompañó a la sala de emergencia que usted tuvo un ataque del corazón y mantener a esa persona informada de su progreso y pronóstico. También podríamos usar nuestro juicio profesional y experiencia en hacer inferencias razonables de que es para los mejores intereses de usted permitir que otra persona actúe en nombre de usted para recoger, por ejemplo, medicinas recetadas, provisiones médicas, o rayos X.

## **OTROS USOS Y DIVULGACIONES SOBRE INFORMACION DE LA SALUD**

No usaremos ni divulgaremos la información sobre su salud para otros propósitos que no sean los indicados en las secciones anteriores si no contamos con su *Autorización* específica y por escrito. Si usted nos da la *Autorización* para usar o divulgar información sobre su salud, usted podrá revocar la *Autorización* en cualquier momento que lo pida por escrito. Si usted revocara su *Autorización*, no usaremos en adelante ni divulgaremos información sobre usted por las razones cubiertas por su *Autorización* escrita, pero no podremos devolver cualquier uso ni divulgación que ya se haya hecho con su permiso.

En algunas instancias, podríamos necesitar autorización específica por escrito de parte de usted para dar a conocer ciertos tipos de información especialmente protegida, como lo es el VIH, el abuso de sustancias, la salud mental, y la información de exámenes genéticos.

**LOS DERECHOS QUE USTED TIENE REFERENTES A LA INFORMACION DE SU SALUD.** Usted tiene los siguientes derechos referentes a la información que tenemos de su salud:

**Derecho a Inspeccionar y Copiar.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar la información sobre su salud, por ejemplo los expedientes médicos y facturas, que nosotros tenemos y usamos para hacer decisiones sobre el cuidado de su salud. Usted deberá entregar por escrito su petición al Departamento de Expedientes Médicos a 19250 SW 65th Avenue, Suite 245, Tualatin, OR 97062, con el fin de inspeccionar y / o copiar los expedientes sobre la información de su salud. Si su petición es de una copia de la información, le podríamos cobrar una cuota por los costos de copiado, envío o compra de las provisiones asociadas con este trabajo. Tenemos 30 días para cumplir con su petición de copiar todos sus expedientes, pero trataremos de tener los expedientes listos en un tiempo razonable.

Podríamos negarle su petición a inspeccionar y / o copiar sus expedientes bajo ciertas circunstancias limitadas. Si se le negaran las copias o el acceso a la información de su salud que nosotros tenemos, usted podría pedir que se revise dicha negación. Si la ley le diera a usted el derecho de revisar nuestra negación, vamos a seleccionar un profesional del cuidado de la salud y con licencia para que revise la petición de usted y nuestra negación. La persona que conduzca la revisión no va a ser la persona que haya hecho la negación a su petición, y nosotros tendremos que cumplir con la determinación de la revisión.

**Derecho a Enmiendas.** Si usted creyera que la información que tenemos de su salud fuera incorrecta o incompleta, usted podría pedirnos que enmendemos la información. Usted tiene el derecho de pedir la enmienda, siempre y cuando esta oficina guarde dicha información.

Para pedir una enmienda, complete y entregue LA FORMA DE ENMIENDA Y / O CORRECCION DE EXPEDIENTE MEDICO al Departamento de Expedientes Médicos localizado en 19250 SW 65<sup>th</sup> Avenue, Suite 245, Tualatin, OR 97062.

Podríamos negar su petición para la enmienda si no hace la petición **por escrito** o no incluye la razón que apoye su petición. Además, podríamos negarle su petición si usted nos pidiera enmendar información que:

- nosotros no hemos creado, a no ser que la persona o entidad que creó dicha información ya no se encuentre a la mano para hacer la enmienda;
- no sea parte de la información de su salud que nosotros tenemos;
- a usted no se le permitiera inspeccionar ni copiar; o
- sea exacta y completa.

**Derecho a Contabilidad de Divulgaciones.** Usted tiene el derecho de pedir la “contabilidad de divulgaciones”. Esta es una lista de divulgaciones que nosotros hicimos de información médica sobre usted para diferentes propósitos que no sean el tratamiento, pago, u operativos del cuidado de su salud.

**Derecho a Pedir Restricciones.** Usted tiene el derecho de pedir alguna restricción o limitación sobre la forma en que podamos usar o divulgar la información de su salud para el tratamiento, pago, u operativos del cuidado de su salud. Usted también tiene el derecho de pedir que se limite la información de su salud que podamos divulgar sobre usted a alguien que esté involucrado en el cuidado de su salud, o en el pago por el cuidado de su salud, por ejemplo algún familiar o amigo.

**No tenemos que estar de acuerdo con su petición.** Si estuviéramos de acuerdo, vamos a cumplir con su petición a no ser que la información fuera necesaria para ofrecerle a usted tratamiento de emergencia o se nos exigiera por ley usar o divulgar dicha información.

**No tenemos que estar de acuerdo con su petición.** Si estuviéramos de acuerdo, vamos a cumplir con su petición a no ser que la información fuera necesaria para ofrecerle a usted tratamiento de emergencia o se nos exigiera por ley usar o divulgar dicha información. Para pedir las restricciones, usted puede completar y entregar su PETICION DE RESTRICCIONES SOBRE EL USO O DIVULGACION DE SU INFORMACION MEDICA al Departamento de Expedientes Médicos localizado en 19250 SW 65<sup>th</sup> Avenue, Suite 245, Tualatin, OR 97062.

**Derecho a pedir Comunicaciones Confidenciales.** Usted tiene el derecho de pedir que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de alguna manera específica o en algún lugar específico.

Por ejemplo, usted puede pedir que solamente nos pongamos en contacto con usted en su trabajo o por correo.

*Para pedir comunicaciones confidenciales, usted puede completar y entregar la PETICION DE RESTRICCIONES SOBRE EL USO O DIVULGACION DE SU INFORMACIÓN MEDICA Y / O ALGUNA OTRA COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL al Departamento de Expedientes Médicos localizado en 19250 SW 65<sup>th</sup> Avenue, Suite 245, Tualatin, OR 97062.*

**Derecho a Pedir una Copia de Este Aviso en Papel.** Usted tiene el derecho de tener una copia en papel de este aviso. Usted nos puede pedir que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Aún cuando usted haya estado de acuerdo en recibirla electrónicamente, usted todavía sigue teniendo el derecho de recibir una copia en papel.

### **CAMBIOS A ESTE AVISO**

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso, y de hacer efectiva la revisión o cambio del aviso de la información médica que ya tuviéramos de usted, y también de cualquier otra información que recibamos en el futuro. Nosotros pondremos en lugar público este aviso en la oficina con la fecha de la efectividad localizada en la parte superior derecha. Usted tiene derecho a una copia del aviso vigente ahora.

### **QUEJAS**

Si usted pensara que han sido violados sus derechos a su privacidad, usted podría presentar la queja en nuestra oficina o en la Secretaría del Departamento de Servicios Humanos y de la Salud. Para registrar su queja en nuestra oficina, por favor póngase en contacto con el Departamento de Expedientes Médicos llamando al 503-692-8700, y localizado en 19250 SW 65<sup>th</sup> Avenue, Suite 245, Tualatin, OR 97062. ***De ninguna manera se le castigaría por registrar su queja.***