

## AVISO DE PRACTICAS PRIVADAS

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y TAMBIEN COMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**

**POR FAVOR REVÍSELA CON CUIDADO.**

**Si tiene alguna pregunta relacionada con este aviso, por favor comuníquese a:  
Clínica Memorial Bend/Oficial Privado al  
1501 NE Medical Center Drive  
PO Box 6018  
Bend, OR 97701  
541.318-3123**

### ¿QUIÉN LLEVARÁ A CABO ESTE AVISO?

Este aviso describe la información de las practicas privadas y se llevarán a cabo por nuestros empleados, personal y administrativos.

### INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Este aviso se refiere a la información y los récords que tenemos relacionada sobre su salud, estado de salud, el cuidado y los servicios que recibe en esta oficina. El informe sobre su salud puede incluir información creada y recibida por esta oficina, puede estar en forma escrita, récords electrónicos o por platicas y pueden incluir revelaciones acerca de los archivos de su salud, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de análisis, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas, actividades relacionadas con las facturas y cualquier otro tipo de información similar relacionada con la misma.

Es requerido por la Ley que le proporcionemos este Aviso. Le informará las diferentes formas en que podemos utilizar y revelar la información sobre su salud y describe los derechos y obligaciones relacionadas con el uso y la revelación de este informe.

### ¿CÓMO PODRIAMOS UTILIZAR Y REVELAR INFORMACIÓN ACERCA DE SU SALUD?

Podríamos utilizar y revelar información sobre su salud con el siguiente fin:

- **Para Tratamientos** Podríamos usar la información sobre su salud para proveerle con tratamientos médicos o servicios. Podríamos revelar información sobre su salud a doctores, enfermeras, técnicos, personal administrativo y otros empleados que también participan en el proceso del cuidado y su salud.

Por ejemplo, su doctor puede darle un tratamiento para el corazón y puede que necesite saber si es que tiene otros problemas de salud que pueda complicar el tratamiento. El doctor podría utilizar su registro médico para decidir que tratamiento es más apropiado para usted. El doctor también podría comunicarle a otro médico sobre su condición y de esa manera el otro médico podría ayudar a determinar cuál es el cuidado más apropiado para usted.

Habrán diverso personal en nuestra oficina que comparta información acerca de usted y que pueda revelarla a otras personas que no trabajen en nuestra oficina, esto servirá para coordinar su cuidado, como telefonar a la farmacia para sus recetas, hacer citas para pruebas de laboratorio y ordenar rayos-x, etc. Su familia y otros servidores del cuidado de la salud pueden ser parte de su asistencia médica fuera de nuestra oficina y podrían necesitar información acerca de usted que nosotros tenemos.

- **Para Pagos** Podemos utilizar y revelar información sobre usted porque el tratamiento y los servicios que esta recibiendo por parte de esta oficina podrían ser facturados a su nombre y los pagos podríamos cobrárselos a usted, a su compañía de seguro o a una tercera persona.

Por ejemplo, podríamos proporcionar su información del plan de salud acerca de los servicios que ha recibido en estas oficinas para que su seguro nos pague o le reembolse a usted por los servicios que ya pago. También podríamos informarle a su plan de salud acerca de algún tratamiento que se le va a proporcionar para así obtener la aprobación previa, o para determinar si su seguro pagara por el tratamiento.

- **Para Funciones del Cuidado de Salud** Podemos utilizar y revelar información sobre usted con el fin de que funcione bien la oficina y asegurarnos que usted o todos los pacientes reciban un cuidado de calidad.

Por ejemplo, podemos aprovechar la información de su salud para evaluar el desarrollo de nuestro personal para su cuidado. También podemos usar la información de algunos o todos nuestros pacientes para que nos ayude a entender que servicios adicionales deberíamos ofrecerles, y así poder ser más eficientes o decidir si ciertos tratamientos son más efectivos.

También podríamos compartir su información sobre la salud a los planes de salud que provee su seguro y otros proveedores de salud que se preocupan por su cuidado. Nuestras publicaciones sobre la información de su salud hacia los planes de salud y otros proveedores serán con el fin de tratar de ayudar a estos a proveer o mejorar sus cuidados, reducir el costo, coordinar y manejar el cuidado de la salud y los servicios, y adiestrar al personal y cumplir con la ley.

- **Recordatorio de sus Citas** Nos comunicaremos directamente con usted o podríamos dejarle un recado para recordarle que tiene una cita pendiente para tratamiento o cuidado médico en esta oficina.
- **Verificación de su Seguro por medio de la Internet** Podremos comunicarnos con la compañía de su seguro por medio de la Internet para verificar la elegibilidad de su seguro.
- **Tratamientos Alternativos** Podríamos informarle o recomendarle sobre posibles opciones o alternativas de tratamientos que podrían ser de interés para usted.
- **La Salud Relacionada con los Productos y Servicios** Podríamos informarle sobre productos y servicios relacionados con la salud que podrían ser de su interés.

Por favor comuníquenos si es que no desea que le llamen para recordarle sobre sus citas, o si no desea recibir información sobre los tratamientos alternos o productos y servicios relacionados con la salud. Si desea avisarle al *BMC HIPAA Compliance/Privacy Officer* **por escrito** que no desea recibir esta información, entonces no utilizaremos o revelaremos su información para estos propósitos

## **SITUACIONES ESPECIALES**

Podremos utilizar o revelar información acerca de su salud con el siguiente propósito sujetos a todos los requisitos legales y sus limitaciones:

- **Para Advertir un Trato Serio a la Salud y/o la Seguridad** Podemos utilizar y revelar la información acerca de su salud cuando sea necesario para prevenir un tratamiento serio sobre su salud y su seguridad, la salud y seguridad pública o de otra persona.
- **Requerido por la Ley** Revelaremos información sobre su salud cuando lo requiera la ley federal, estatal o local.
- **Investigación** Podríamos utilizar la información sobre su salud para investigación de proyectos que estén sujetos a un proceso especial de aprobación. Nosotros le preguntaremos a cada uno de los voluntarios para la investigación si permite que el investigador tenga acceso a su nombre, dirección u otra información que revele su identidad o que se involucre en el cuidado de su salud participando en la oficina.

Si ha participado voluntariamente en proyectos de investigación o si está de acuerdo a que le llamen para participar en ellos, su información personal puede permanecer en un archivo de datos confidenciales para proyectos el cual se estudiara para decidir si es elegible. Todos los proyectos de investigación requiere que a los voluntarios se les informe y den su consentimiento para cada estudio que se realice.

- **Donación de Organos y Tejidos** Si es donador de órganos, podría revela información sobre su salud a las organizaciones que administran los órganos y la obtención de ellos, el transplante de ojos, tejidos o al banco de donaciones de órganos; según como sea necesario para facilitar tal donación o transplante.
- **Seguridad de Inteligencia Nacional, Militares y Veteranos** Si es o fue parte de la fuerza armada, parte de la seguridad de inteligencia nacional o de comunidades de inteligencia, podría ser requerido por el comando militar u otras autoridades de gobierno que revelemos información sobre su salud. También podremos revelar información del personal militar extranjero a las autoridades apropiadas militares extranjeras.
- **Compensación a los Trabajadores** También podría revelar información de usted al programa de compensación al trabajador o programas similares. Estos programas facilitan beneficios relacionados con daños o enfermedades.
- **Riesgos de la Salud Pública** Podríamos revelar información sobre su salud para razones de salud pública para prevenir y/o controlar enfermedades, daños o incapacidades; o reportar nacimientos, muertes, sospecha de abuso o negligencia, daños físicos no accidentales, reacciones a medicamentos o problemas con productos.
- **Actividades del Cuidado de la Salud** Podríamos revelar información sobre la salud a la agencia de intervención del cuidado de la misma, investigaciones, inspecciones o propósitos de licencias.

- **Juicios y Disputas** Si está involucrada en un juicio o disputa, podríamos revelar información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. Sujeto a todo requisito legal necesario, así como también para respuesta a un citatorio.
- **Ejecución de la Ley** Podríamos revelar información sobre su salud si es solicitada oficialmente por la ley como respuesta a una orden judicial, un citatorio, un decreto, una orden o proceso similar; sujeto a todo requisito legal necesario.
- **Jueces, Investigadores Médicos y Directores de los Funerales** Podríamos revelar información sobre la salud a jueces o investigadores médicos. Esto podría ser necesario, por ejemplo, para identificar a un difunto o la causa de su muerte.
- **Información No Personal Identificable** Podríamos usar o revelar información acerca de su salud de tal forma que identifica su personalidad o revela quién es usted.
- **Familia y Amigos** Podríamos revelar información acerca de su salud a los miembros de su familia o sus amigos, si obtenemos su aceptación verbal para hacerlo y le damos la oportunidad de negarse a tal acción pero tiene que informarnoslo, si no es así podremos dar esa información. También podríamos revelar esa información a su familia y amigos si no podemos interferir por las circunstancias, será basado en nuestro criterio profesional que usted no se opondrá. Por ejemplo, podremos suponer que usted estuvo de acuerdo en revelar información personal sobre su salud a su esposo/a cuando el/la se presente con usted en una cita rutinaria de su tratamiento o mientras se este discutiendo sobre su tratamiento.

En situaciones donde usted no será apto para dar su consentimiento (porque no está presente o debido a su incapacidad o por emergencia médica) podríamos, usando nuestro criterio profesional, determinar que revelar la información a los miembros de su familia o amigos es con el mejor interés para usted. En ese caso revelaremos sólo información referente a las personas involucradas en su cuidado. Por ejemplo, le podremos informar a la persona que le acompañe en emergencias que usted sufrió de un ataque al corazón e informarle de su progreso y su estado. También podríamos usar nuestro criterio profesional y experiencia para tomar decisiones que sean de su interés y permitirle a otra persona que actúe por usted y que recoja, por ejemplo, medicamentos recetados, artículos médicos o rayos-X.

### **OTRAS FORMAS DE USAR O REVELAR INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD**

No utilizaremos o revelaremos la información sobre su salud para ningún otro propósito que no se haya descrito en las secciones previas y sin su consentimiento específico, *Autorización* por escrito. Si nos *Autoriza* utilizar o revelar la información sobre su salud puede anular esa *Autorización*, por escrito, en cualquier momento. Si anula su *Autorización*, ya no utilizaremos o revelaremos información sobre su salud por las razones que usted especifique en su *Autorización* por escrito, pero ya no podremos cancelar el uso o revelación de la información hechas bajo su permiso.

En algunas ocasiones, podremos necesitar *Autorización* por escrito específica por parte de usted para poder revelar ciertos tipos de información especialmente protegida como HIV, abuso de sustancias, salud mental e información de exámenes genéticos.

## SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Tiene los siguientes derechos con respecto a la información que conservamos sobre su salud:

- **Derecho a Revisar y Obtener una Copia** Tiene derecho a revisar y obtener una copia de la información sobre su salud, tales como, los récords médicos y sus cargos a la cuenta, que mantenemos y utilizamos para tomar decisiones acerca de su cuidado. Debe de enviar una petición por escrito a *BMC HIPAA Compliance/Privacy Officer*, para poder revisar y/u obtener una copia de los récords de la información de su salud. Si usted solicita una copia de ésta información podríamos cobrarle una cuota por el costo de las copias, gastos de correo u otros cargos relacionados con el material.

Podríamos negar la petición de revisar y/u obtener una copia de los récords en ciertas circunstancias limitadas. Si se le niegan las copias o el acceso a la información de salud que tenemos de usted, usted puede solicitar que se revise nuestra negativa.

- **Derecho a Corregir** Si cree que la información que tenemos sobre su salud es incorrecta o incompleta, puede solicitar que se corrija. Tiene el derecho de solicitar la corrección de la información mientras ésta se mantenga en nuestra oficina.

Para solicitar la corrección de su información, debe enviar la REVISIÓN DE RECORDS MÉDICOS/FORMA PARA CORREGIR a *BMC HIPAA Compliance/Privacy Officer*.

Podremos negar la solicitud de corrección de la información si su petición no se hace por escrito o si no incluye las razones que respalden su requerimiento. Además podremos negar su petición si nos pide que corriamos información que:

- No hayamos creado nosotros, amenos que la persona o entidad que creo la información ya no este disponible para hacer las correcciones
  - No es parte de los archivos de salud que conservamos
  - No se le permitirá a usted que revise o copie
  - Es inadecuada e incompleta
- **Derecho a Revelar una Cuenta** Tiene el derecho de solicitar una “revelación de cuentas.” Esta es una lista de la publicación que hacemos de la información médica sobre usted con otros fines que no se relacionen a tratamientos, pagos, operaciones del cuidado de su salud y un número limitado de circunstancias especiales que involucran seguridad nacional, instituciones de corrección y ejecución de la ley. Esta lista también excluirá cualquier revelación que hayamos hecho bajo su autorización por escrito. Para obtener copia de esta lista, debe de enviar una solicitud por escrito a *BMC HIPAA Compliance/Privacy Officer*. Este debe de presentarse durante un período de tiempo, el cual no debe de excederse más de seis años y no debe de incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. En su solicitud debe de indicar en que forma de documento desea la lista (por ejemplo, en papel o electrónicamente.) La primera lista que solicite dentro de los primeros doce meses será gratis.

Para listas adicionales, se le cobrará una cuota por el costo que involucre hacer un duplicado. Le avisaremos el costo de la información, de esta manera podrá decidir si retira la solicitud o la modifica antes de hacerse cualquier cargo.

- **Derecho a Requerir Restricciones** Tiene el derecho a requerir restricciones o limitaciones en la información sobre su salud que usaremos o utilizaremos para su tratamiento, pagos u operaciones del cuidado de su salud. También tiene el derecho de solicitar límites en la información sobre su salud que revelaremos a quienes se involucren en su cuidado o el pago de este, ya sea a su familia o sus amigos. Por ejemplo, podría pedir que no se utilice o revele información sobre alguna cirugía que haya tenido.

*No estamos obligados a aceptar su requisito.* Pero si lo hacemos, complaceremos su petición a menos que la información se necesite para un tratamiento de emergencia o que se requiera por ley el uso o revelación de la información.

Para solicitar restricciones, debe de completar y enviar la SOLICITUD PARA RESTRICCIONES SOBRE EL USO/REVELACION DE LA INFORMACIÓN MÉDICA a *BMC HIPAA Compliance/Privacy Officer*.

- **Derecho a Requerir Comunicación Confidencial** Tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted con relaciones a sus problemas médicos de cierta forma o en cierta localidad. Por ejemplo, puede pedirnos que nos comuniquemos con usted sólo al trabajo o por correo.

Para solicitar comunicación confidencial, debe de completar y enviar la solicitud de restricciones sobre el uso o revelación de la información médica y/o comunicación confidencial *BMC HIPAA Compliance/Privacy Officer*. No le pediremos la razón de su solicitud. También nos conformaremos con todos los requerimientos razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted.

- **El Derecho a Obtener una Copia sobre este Aviso** Tiene el derecho a obtener una copia de este aviso. Puede pedirnos una copia sobre esta noticia en cualquier momento. Aun cuando haya decidido recibirla electrónicamente tendrá derecho de adquirir una copia en papel.

Para obtener la copia mencionada, comuníquese con *BMC HIPAA Compliance/Privacy Officer*.

### CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y para hacer la revisión o cambios en los avisos vigentes sobre la información médica que ya tenemos sobre usted, así como también la información que recibamos en el futuro. Publicaremos el aviso actual en la oficina con la fecha vigente en la parte inferior izquierda. Tiene derecho a una copia del aviso actualmente vigente.

### DEMANDAS

Si usted cree que los derechos de su privacidad han sido violados, puede presentar una queja a nuestro oficial o a la Secretaria del Departamento de Salud y Recursos Humanos. Para presentar una queja con nuestro oficial contacte a *BMC HIPAA Compliance/Privacy Officer*. ***No se le sancionará por presentar una queja.***