



# NOTIFICACIÓN SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELA DETENIDAMENTE.

Neighborhood Health Center (NHC) respeta la privacidad de usted. No divulgaremos su información a otras agencias a menos que usted nos indique que lo hagamos o a menos que la ley nos autorice o exija hacerlo. Todos los agentes de NHC son responsables de cumplir con los términos y las condiciones de esta notificación, mantener la privacidad de su información de salud personal y proporcionarle una notificación acerca de las obligaciones legales y prácticas de privacidad de NHC. Este aviso se aplica a la información y los registros que tenemos sobre usted, su salud, su estado de salud y la atención médica, así como los servicios que recibe en todas las clínicas de atención primaria, clínicas dentales, centros de salud escolares y farmacias de Neighborhood Health Center. Su información de salud podría incluir información elaborada y recibida por Neighborhood Health Center, ya sea en formato de registros escritos o electrónicos o palabras orales, y podría incluir información sobre su historial médico, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas, actividad de facturación relacionada, así como cualquier otro tipo de información relacionada con la salud.

La ley nos exige proporcionarle esta notificación, la cual, le informará sobre las maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud y describe sus derechos, así como nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de esa información.

## NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

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

**Tratamiento.** Podemos utilizar su información de salud para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podríamos divulgar su información de salud a médicos, dentistas, conductistas, enfermeros, técnicos, farmacéuticos, miembros del personal u otro miembro del personal de NHC que participe en su cuidado.

*Ejemplo: Un médico que lo está atendiendo por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general para asegurarse de que está tomando las decisiones de tratamiento correctas para usted.*

Diferentes miembros del personal de nuestra organización podrían compartir información sobre usted y divulgar información a personas que no trabajan para Neighborhood Health Center para coordinar servicios de atención, tales como llamar por teléfono para enviar recetas a su farmacia, programar análisis de laboratorio y solicitar radiografías. Los miembros de la familia y otros proveedores de atención médica podrían ser parte de su atención médica fuera de esta oficina y podrían requerir información sobre usted. Solicitaremos su permiso antes de compartir información de salud con su familia o proveedores de cuidado, a menos que no pueda otorgar permiso a dichas divulgaciones debido a su condición de salud.

**Pagos.** Podemos utilizar y divulgar su información de salud para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades.

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

**Operaciones de atención médica.** Podríamos utilizar y divulgar su información de salud para medir y mejorar la calidad de nuestras operaciones. Neighborhood Health Center o una organización asociada autorizada podría comunicarse con usted para realizar actividades de evaluación y mejora de la calidad utilizando el método (es decir, teléfono, mensaje de texto, correo electrónico) que usted haya autorizado para los usos de NHC.

*Ejemplo: Revisamos su información de salud para evaluar el desempeño de los miembros del personal y determinar las necesidades de capacitación.*

## SITUACIONES ESPECIALES

Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuyan al bien público, tales como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones de la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener información adicional, por favor consulte el siguiente enlace: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

**Ayuda con asuntos de salud pública y seguridad:** Podríamos utilizar y divulgar su información de salud ante las siguientes situaciones:

- Prevención de enfermedades
- Ayudar a retirar productos del mercado
- Notificación de reacciones adversas a los medicamentos
- Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

**Cumplimiento de la ley:** Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere comprobar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

**Investigaciones.** Podríamos utilizar y divulgar su información de salud para proyectos de investigación que están sujetos a un proceso de aprobación especial. Le pediremos 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, podríamos divulgar su información de salud a organizaciones que manejan la obtención de órganos.

**Abordando la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales:**

Podríamos divulgar su información de salud para los siguientes propósitos:

- Reclamos de compensación para trabajadores
- Propósitos relacionados con la aplicación de la ley y sus oficiales
- Organismos de control de salud para actividades autorizadas por la ley
- Funciones especiales del gobierno, tales como los servicios militares, servicios de seguridad nacional y de protección presidencial

**Demandas y disputas.** Podríamos divulgar su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa o en respuesta a una citación.

**Médicos forenses y directores de funerarias.** Podríamos divulgar información de salud a un médico forense o director de funeraria. Esto podría ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte.

**Recaudación de fondos.** Es posible que nos comuniquemos con usted para recaudar fondos, pero puede solicitar que no nos comuniquemos con usted nuevamente.

**Familiares y amigos.** Podríamos divulgar información médica sobre usted a sus familiares o amigos si obtenemos su consentimiento verbal para hacerlo o si le damos la oportunidad de objetar dicha divulgación y usted no presenta una objeción. También podríamos divulgar información de salud a su familia o amigos si podemos inferir de las circunstancias, según nuestro juicio profesional, que usted no se opondría. Por ejemplo, podríamos asumir que usted está de acuerdo con que divulguemos su información personal de salud a su cónyuge cuando lo lleva con usted a la sala de examen durante el tratamiento o mientras se dialogue sobre el tratamiento.

En situaciones en las que no pueda otorgar su consentimiento (porque no está presente o debido a su incapacidad o emergencia médica), podríamos, utilizando nuestro juicio profesional, determinar que una divulgación de información a su familiar o amigo es lo mejor para usted. En esa situación, divulgaremos solo información de salud relevante para la participación de la persona en los servicios atención recibida por usted.

## NUESTRAS RESPONSABILIDADES

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

Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia. En el caso de pacientes menores de edad, se notificará tanto al paciente como al padre o tutor legal del menor. No usaremos ni divulgaremos su información de salud para ningún otro propósito que no sea el identificado en las secciones anteriores sin su autorización específica por escrito. Se requiere una autorización por escrito para que podamos usar su información de salud con fines de mercadotecnia, para compartir notas de psicoterapia y para vender su información. Usted puede revocar esa autorización, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos información sobre usted por las razones cubiertas por su autorización por escrito, pero no podemos retirar ningún uso o divulgación ya realizada con su permiso.

Para obtener más información, por favor visite el siguiente enlace:  
[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

## TÉRMINOS DE LOS ACUERDOS DE ATENCIÓN MÉDICA ORGANIZADOS

Neighborhood Health Center es parte de un acuerdo de atención médica organizado que incluye a los participantes en OCHIN. Una lista actualizada de los participantes de OCHIN está disponible en [www.ochin.org](http://www.ochin.org) como socio empresarial de Neighborhood Health Center, OCHIN suministra tecnología de la información y servicios relacionados a Neighborhood Health Center y otros participantes de OCHIN. OCHIN también participa en actividades de evaluación y mejora de la calidad en nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina las actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer estándares de mejores prácticas y evaluar los beneficios clínicos que pueden derivarse del uso de sistemas de registros médicos electrónicos. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar en colaboración para mejorar la gestión de remisiones internos y externos de los pacientes. Su información de salud personal podría ser compartida por Neighborhood Health Center con otros participantes de OCHIN o un intercambio de información de salud solo cuando sea necesario para el tratamiento médico o para los fines de las operaciones de atención médica del acuerdo de atención médica organizado. La operación de atención médica podría

incluir, entre otros aspectos, la geocodificación de la ubicación de su residencia para mejorar los beneficios clínicos que usted recibe.

La información de salud personal podría incluir información médica pasada, presente y futura, así como información descrita en las normas de privacidad. La información, en la medida en que se divulgue, se divulgará de conformidad con las normas de privacidad o cualquier otra ley aplicable que se modifique de vez en cuando. Usted tiene derecho a cambiar de opinión y revocar este consentimiento, sin embargo, es posible que la información ya se haya divulgado según lo permitido por usted. Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que usted lo revoque por escrito. Si usted lo solicita, se le proporcionará una lista de entidades a las que se ha divulgado su información.

## SUS DERECHOS

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

**Derecho a inspeccionar la información y obtener copias.** Usted tiene derecho a acceder a su información de salud, tales como registros médicos y de facturación, que conservamos y usamos para tomar decisiones sobre sus servicios de atención. Usted debe completar y entregar un documento por escrito a la clínica de NHC para obtener una copia de sus registros.

**Derecho a enmendar.** Si cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que corriamos dicha información. Favor de comunicarse con nosotros para realizar los cambios.

Podríamos denegar su solicitud de enmienda si su solicitud no está por escrito o no incluye una razón para respaldar la solicitud. Además, podríamos denegar o denegar parcialmente su solicitud si nos pide que modifiquemos información que:

- No recopilamos nosotros, a menos que la persona o entidad que recopiló la información ya no esté disponible para realizar la modificación;
- No es parte de la información de salud que conservamos;
- No se le permitiría inspeccionar y copiar;
- Es precisa y completa.

**Derecho a un informe sobre las divulgaciones.** Usted tiene derecho a solicitar un informe de las divulgaciones, el cual, es una lista de las divulgaciones que realizamos de su información médica para fines distintos al tratamiento, el pago, las actividades de atención médica, cuando usted específicamente lo haya autorizado y cuando fue requerido por un número limitado de circunstancias especiales relacionadas con la seguridad nacional, las instituciones correccionales y las fuerzas del orden público.

Para obtener la lista, usted debe presentar una solicitud por escrito al secretario de facturación. Debe indicar un periodo de tiempo, que no puede ser superior a seis años. Su solicitud debe indicar en qué formato desea la lista (por ejemplo, en papel, de manera electrónica). La primera lista que solicite dentro de un periodo de 12 meses será gratuita. En el caso de listas adicionales, es posible que le cobremos los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos el costo involucrado y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en cualquier costo.

**Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en la información de salud que utilizamos o divulgamos sobre usted para tratamientos, pagos o actividades de atención médica. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir «no» si afectaría su atención.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Usted 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 en el trabajo o por correo postal.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, por favor hable con su equipo de atención. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Atenderemos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted.

**Derecho a recibir una copia impresa de esta notificación.** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de esta notificación. Puede solicitarnos que le entreguemos una copia de esta notificación en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibirlo de manera electrónica, todavía tiene derecho a una copia en papel. También puede encontrar una copia de esta notificación en nuestro sitio web.

**Derecho a elegir a alguien para que actúe en su nombre:** Si usted le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

## CAMBIOS A ESTA NOTIFICACIÓN

Nos reservamos el derecho de cambiar esta notificación y de hacer que la notificación revisada o modificada entre en vigencia para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. A petición de usted, las nuevas notificaciones se podrán obtener en nuestra oficina y en nuestro sitio web, [nhcoregon.org](http://nhcoregon.org).

## PREGUNTAS, INQUIETUDES O QUEJAS

Si usted tiene preguntas sobre esta política o cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede comunicarse con nosotros utilizando la información a continuación. También puede optar por presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llamando al 1-877-696-6775 o visitando: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).

**No se le penalizará 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](mailto:concerns@nhcoregon.org)