



PEDIATRIC ASSOCIATES OF THE NORTHWEST, P.C.

Aviso sobre las prácticas de privacidad

Fecha de entrada en vigor: 1 de enero de 2023

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PODRÍA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVISE ESTO DETENIDAMENTE.

Si tiene cualquier pregunta sobre este aviso, por favor póngase en contacto con:

El administrador – El oficial de privacidad al teléfono 503-227-0671

2701 NW Vaughn St., Ste. 360 Portland. Oregon 97210

¿QUIÉNES SE ATENDRÁN A ESTE AVISO?

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

LA INFORMACIÓN DE SU SALUD

Este aviso se aplica a la información y los expedientes que tenemos sobre usted, su salud, su estado de salud, la atención médica y los servicios que recibe de la clínica de Pediatric Associates of the Northwest. La información sobre su salud podría incluir información generada y recibida por la clínica Pediatric Associates of the Northwest, podría ser por expedientes escritos o electrónicos o palabras habladas, y podría incluir información sobre su historial de salud, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas, actividad de facturación relacionada y otros tipos de información relacionada con la salud.

La ley requiere que le entreguemos este aviso. Le explicará las maneras en las cuales podemos usar y entregar información de la salud acerca de usted y describe sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso y la entrega de dicha información.

¿CÓMO PODRÍAMOS USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD ACERCA DE USTED?

Nosotros podemos usar y divulgar la información de salud con los fines siguientes:

- **Para brindar tratamiento.** Podríamos usar información de salud acerca de usted para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podríamos divulgarle información de salud acerca de usted a los doctores, enfermeras, técnicos, plantilla u otro personal que estén involucrados en su cuidado y su salud.

Por ejemplo, su doctor podría estarlo tratando por un padecimiento del corazón y podría necesitar saber si usted tiene otros problemas de salud que podrían complicar su tratamiento. El doctor podría usar su historial médico para decidir cuál sería el mejor tratamiento para usted. El doctor también le podría decir a otro doctor sobre su padecimiento de modo que ese doctor pueda ayudar a determinar el cuidado más apropiado para usted. Los doctores pueden tener acceso a la información de su salud por medio de Carequality (un intercambio seguro de información de salud) en el cual se compartirán documentos clínicos relacionados con las consultas que haya tenido con nosotros.

- **El intercambio de documentos clínicos.** Tenemos una política de exclusión del consentimiento, eso quiere decir que su expediente será compartido automáticamente a menos que usted revoque su consentimiento. Para revocar su consentimiento para participar en el intercambio de documentos clínicos, usted debe notificar a la clínica enviando un mensaje al departamento de expedientes médicos por medio de nuestro portal para pacientes o comunicándose con un miembro del personal de recepción.

Diferentes miembros del personal de nuestra organización podrían compartir información acerca de usted y entregarle información a otras personas que no trabajan en la clínica de Pediatric Associates of the Northwest para poder coordinar su cuidado como por ejemplo ordenar recetas a su farmacia por teléfono, programar pruebas de laboratorio y ordenar radiografías. Los miembros de su familia y otros profesionales para el cuidado de la salud podrían ser parte de su cuidado médico fuera de este consultorio y podrían requerir información que tengamos de usted. Le pediremos permiso antes de compartir información sobre la salud con su familia o sus amigos a menos que usted no pueda dar permiso para dicha divulgación debido a su condición de salud.

- **Para recibir pago.** Nosotros podemos usar y entregar información de salud acerca de usted para que el tratamiento y los servicios que reciba en la clínica de Pediatric Associates of the Northwest se le puedan mandar a cobrar y recibir pago de su parte, una compañía de seguro o un tercero.

Por ejemplo, nosotros podríamos tener que dar la información a su plan de salud acerca de un servicio que haya recibido aquí para que su plan de seguro nos pague a nosotros o lo reembolse a usted por el servicio. También le podríamos decirle a su plan de salud acerca de un tratamiento que usted va a recibir para obtener la autorización por adelantado o para determinar si su plan va a pagar por el tratamiento.

- **Para realizar las operaciones del cuidado de la salud.** Podríamos usar y entregar información de salud acerca de usted para realizar el trabajo de Pediatric Associates of the Northwest y para asegurarnos de que usted y nuestros demás pacientes reciban cuidado de calidad.

Por ejemplo, podríamos usar la información acerca de su salud para evaluar el desempeño de nuestro personal que lo atiende. También podríamos usar información de salud sobre todos o muchos de nuestros pacientes para ayudarnos a decidir cuáles servicios adicionales deberíamos ofrecer, cómo volvernos más eficientes o para ver si ciertos nuevos tratamientos son efectivos.

También le podríamos divulgar información acerca de su salud a los planes de salud que le proveen cobertura de seguro y a otros profesionales para el cuidado de la salud que lo estén atendiendo. Nuestras entregas de información acerca de su salud a los planes y otros profesionales podrían ser con el fin de ayudar a esos planes y profesionales a proveer o mejorar el cuidado, reducir el costo, coordinar y manejar el cuidado y los servicios de salud, capacitar al personal y cumplir con la ley.

SITUACIONES ESPECIALES

Podríamos usar o entregar información de la salud acerca de usted con los fines siguientes, sujeto a todos los requisitos y limitaciones legales que correspondan:

- **Para evitar una seria amenaza a la salud o la seguridad.** Podemos usar y entregar información de salud acerca de usted cuando sea necesario para prevenir una seria amenaza a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público o de otra persona.
- **Requerido por la ley.** Entregaremos información de salud acerca de usted cuando lo requiera la ley federal, estatal o local.

- **Investigaciones.** Podemos usar y entregar información de salud acerca de usted para proyectos de investigación que estén sujetos a un proceso de aprobación especial. Le pediremos permiso si el investigador tendrá acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quién es o si estará involucrado en su cuidado en el consultorio.
- **Donación de órganos y tejidos.** Si usted es donante de órganos, podríamos divulgarle información de la salud a las organizaciones que se encargan de obtener órganos, trasplantar órganos, ojos o tejido o a un banco de donación de órganos, cuando sea necesario para facilitar dicha donación y trasplante.
- **Militares, veteranos de guerra, seguridad nacional e inteligencia.** Si usted es o era un miembro de las fuerzas armadas o parte de la seguridad nacional o las comunidades de inteligencia, el comando militar u otra autoridad gubernamental nos podría exigir que entreguemos información de salud acerca de su salud. También podríamos entregar información sobre el personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera apropiada.
- **Indemnización del trabajador.** Podríamos divulgar información de salud acerca de usted para la indemnización del trabajador o algún programa similar. Estos programas proveen beneficios para las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Riesgos para la salud pública.** Podríamos divulgar información de salud acerca de usted por razones de salud pública para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades o para reportar nacimientos, muertes, sospecha de abuso o negligencia, lesiones físicas que no son accidentales, reacciones a medicinas o problemas con ciertos productos.
- **Actividades de vigilancia de la salud.** Podríamos divulgar información de la salud a agencias de vigilancia para hacer auditorías, investigaciones, inspecciones, o con fines de licenciatura. Estas entregas de información podrían ser necesarias para que ciertas agencias estatales y federales puedan vigilar el sistema para el cuidado de salud, los programas de gobierno y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- **Demandas y disputas.** Si usted está involucrado en una demanda o disputa, podríamos divulgar información de la salud acerca de usted para responder a una orden judicial o administrativa. Sujetos a todos los requisitos legales que correspondan, nosotros también podríamos entregar información de salud acerca de usted para responder a una citatoria.
- **Cumplimiento de la ley.** Podríamos divulgar información de la salud si nos lo pide un oficial del cumplimiento de la ley como respuesta a una orden judicial, citatoria, orden, orden de comparecencia o un proceso similar sujeto a todos los requisitos legales que correspondan.
- **Médicos forenses, jueces de instrucción y directores de funerarias.** Le podríamos divulgar información de la salud a un forense o médico forense. Esto podría ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de defunción.
- **La información que no es personalmente identificable.** Podríamos usar o divulgar información de salud acerca de usted de manera que no lo identifique personalmente ni revele quién es usted.
- **Familiares y amigos.** Le podríamos divulgar información de salud acerca de usted a miembros de su familia o amigos si obtenemos su acuerdo verbal para hacerlo o si le damos la oportunidad de objetar a dicha revelación y usted no se opone. También le podríamos revelar información de salud a sus familiares o amigos si podemos inferir de las circunstancias, basándonos en nuestro juicio profesional que usted no se opondría. Por ejemplo, podríamos suponer usted estaría de acuerdo con divulgarle su información de salud personal a su cónyuge cuando trae a su esposo/a a la habitación de examinación o al hospital durante el tratamiento o mientras se habla sobre el tratamiento.

En las situaciones en las que usted no pueda dar consentimiento (ya sea porque no está presente o debido a su incapacidad o una emergencia médica), nosotros podríamos, empleando nuestro juicio profesional, determinar que una divulgación a un miembro de la familia o amigo sería lo más beneficioso para usted. En esa situación, divulgaremos solamente la información de su salud pertinente para la persona involucrada en su cuidado. Por ejemplo, podríamos informarle a la persona que lo acompañó a la sala de emergencia que usted sufrió un ataque al corazón y lo mantendríamos informado de su progreso y su pronóstico. También podríamos usar nuestro juicio profesional y experiencia para hacer inferencias razonables que lo más beneficioso para usted sería permitir que otra persona actúe en su nombre para, por ejemplo, recoger recetas preparadas, materiales médicos o radiografías.

OTROS USOS Y ENTREGAS DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

No usaremos ni entregaremos la información de su salud para ningún propósito aparte de los identificados en las secciones anteriores sin su *Autorización* específica escrita. Si usted nos da *Autorización* para usar o divulgar información de salud acerca de usted, usted puede revocar la *Autorización* **por escrito**, en cualquier momento. Si revoca su autorización, ya no usaremos o divulgaremos información acerca de usted por las razones cubiertas por su *Autorización* escrita, pero no podemos retirar los usos y las entregas que ya se hayan hecho con su autorización.

En algunos casos, puede ser que necesitemos autorización específica escrita de su parte para entregar ciertos tipos de información especialmente protegida como por ejemplo información sobre el abuso de sustancias con fines como el tratamiento, pago y operaciones para el cuidado de la salud.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACION DE SALUD ACERCA DE USTED

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

- **Derecho a revisar y fotocopiar.** Usted tiene el derecho a revisar y fotocopiar la información de su salud, como los expedientes médicos y la información de cobros que guardamos y usamos para tomar decisiones sobre su cuidado. Usted le debe presentar una petición escrita al administrador – oficial de privacidad para poder revisar y/o fotocopiar los expedientes de la información de su salud. Si usted pide una copia de la información, le podríamos cobrar un monto por el costo de fotocopiar, envío por correo y otros materiales relacionados. Le avisaremos sobre el costo implicado y usted puede decidir retirar o modificar su petición en ese momento antes de incurrir cualquier costo. Una petición modificada podría incluir pedir un resumen de su expediente médico.

Si usted pide ver una copia de la información de su salud, no le cobraremos por revisar la información de su salud. Si desea revisar la información de su salud, por favor entregue su petición por escrito al administrador – oficial de privacidad. Usted tiene el derecho de pedir una copia de la información de su salud en forma electrónica si guardamos la información de su salud electrónicamente.

Le podríamos negar su petición para revisar y/o copiar su expediente o partes de su expediente en ciertas circunstancias limitadas. Si se le niegan copias de o acceso a la información de salud acerca de usted que guardamos, usted puede pedir que se evalúe nuestra negativa. Si la ley le da el derecho de evaluar nuestra negativa, nosotros escogeremos a un profesional licenciado en el cuidado de la salud para evaluar su petición y nuestra negativa. La persona que realice la evaluación no será la persona que le denegó su petición, y nosotros nos atendremos al resultado de la evaluación.

- **Derecho a pedir una enmienda.** Si usted cree que la información de salud que tenemos acerca de usted es incorrecta o está incompleta, usted nos puede pedir que enmendemos la información. Usted tiene el derecho de pedir una enmienda siempre que la información sea guardada por la clínica de Pediatric Associates of the Northwest.

Para pedir una enmienda, llene y entréguele un **FORMULARIO DE ENMIENDA O CORRECCION DE UN EXPEDIENTE MÉDICO** al administrador – oficial de privacidad.

Le podríamos negar su petición para hacer una enmienda si no hace su petición **por escrito** o no incluye una razón para apoyar su petición. Además, podríamos negar total o parcialmente su petición si usted nos pide que enmendemos información que:

- No hayamos generado nosotros, a menos que la persona o la entidad que generó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda.
- No es parte de la información de salud que nosotros guardamos.
- Usted no tendría permitido revisarla y fotocopiarla.
- Es precisa y completa.

Si le negamos total o parcialmente su petición para hacer una enmienda, usted tiene el derecho de presentar una refutación y pedir que la refutación se vuelva parte de su expediente médico. Su refutación tiene que ser dos páginas o menos y nosotros tenemos el derecho de presentar una refutación para responder a la suya en su expediente médico. Usted también tiene el derecho de pedir que todos los documentos asociados con la petición de enmienda (incluyendo la refutación) sean transmitidos a cualquier tercero en cualquier momento que esa parte del expediente médico sea divulgada.

- **Derecho a una lista de divulgaciones.** Usted tiene el derecho de pedir una “lista de divulgaciones”. Esta es una lista de las entregas que hemos hecho de información médica acerca de usted con fines aparte del tratamiento, pago, operaciones para el cuidado de la salud, cuando haya sido autorizado específicamente por usted y un número limitado de circunstancias especiales que tengan que ver con seguridad nacional, instituciones correccionales y autoridades policiales.

Para obtener esta lista, usted debe entregarle su petición **por escrito** al administrador – oficial de privacidad. Debe declarar un plazo de tiempo, el cual no puede ser de más de seis años. Su petición debe indicar en qué forma quiere la lista (por ejemplo, en papel o electrónicamente). La primera lista que pida en un período de 12 meses será gratis. Para las listas adicionales, le podríamos cobrar por el costo de proporcionarle la lista. Le avisaremos del costo implicado y usted puede decidir retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra ningún costo.

- **Derecho a pedir restricciones.** Usted tiene el derecho a pedir una restricción o limitación de la información de salud que usemos o entreguemos para el tratamiento, pago o las operaciones del cuidado de la salud. Usted también tiene el derecho a pedir que se limite la información de salud que entreguemos a otra persona que esté involucrada en su cuidado o el pago de este, como un miembro de su familia o amigo. Por ejemplo, usted nos podría pedir que no usemos o divulguemos información sobre una operación que se hizo.

No se nos requiere estar de acuerdo con su petición. Si acordamos, cumpliremos con su petición a menos que la información se necesite para proveerle tratamiento de emergencia o la ley requiera el uso o entrega de la información.

Se nos requiere estar de acuerdo con su petición si paga por el tratamiento, los servicios, los materiales y las recetas “de su bolsa” y usted pide que no se le comunique la información a su plan de salud para recibir pago o con fines de operaciones para el cuidado de la salud. Podría haber casos en los cuales se nos requiera que divulguemos esta información si la ley lo requiere.

Para pedir restricciones, usted puede llenar y entregar LA PETICIÓN DE RESTRICCIÓN DEL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA al administrador – oficial de privacidad.

- **Derecho a pedir comunicaciones confidenciales.** Usted tiene el derecho a pedir que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un cierto lugar. Por ejemplo, usted nos puede pedir que solamente lo contactemos en el trabajo o por correo.

Para pedir comunicaciones confidenciales, usted debe llenar y entregar LA PETICIÓN DE RESTRICCIÓN DEL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA Y/O COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL al administrador – oficial

de privacidad. No le preguntaremos la razón por la cual hace su petición. Vamos a satisfacer todas las peticiones razonables. Su petición debe especificar cómo y cuándo desea que lo contactemos.

- **Derecho a tener una copia de papel de este aviso.** Usted tiene el derecho de recibir una copia de papel de este aviso. Nos puede pedir que le demos una copia en cualquier momento. Aunque haya acordado a recibirla electrónicamente, usted sigue teniendo el derecho de tener una copia de papel. *[Usted también puede encontrar una copia de este Aviso en nuestra página web.]*

Para obtener dicha copia, póngase en contacto con el administrador – oficial de privacidad

CAMBIOS A ESTE AVISO

Reservamos el derecho a cambiar este aviso y a hacer que el aviso modificado o cambiado sea efectivo para la información médica que ya tenemos acerca de usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos el aviso actual en nuestro(s) consultorio(s) con la fecha que entra en vigor en la primera página. Usted tiene derecho a pedir a una copia del aviso que está en vigencia actualmente.

Le avisaremos sobre cualquier cambio importante que se le haga a este Aviso. Eso se podría hacer por medio de nuestro boletín, un letrero publicado prominentemente en nuestro(s) consultorio(s), un aviso publicado en nuestra página web o por medio de otros medios de comunicación.

VIOLACION DE INFORMACIÓN DE LA SALUD

Le avisaremos si llega a haber una violación de la información sobre su salud no resguardada.

QUEJAS

Si usted cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja con nuestro consultorio o con el secretario del Departamento de Salud y Servicios Sociales a:

Oficina de Derechos Civiles, Región 10
2201 Sixth Avenue
Seattle, WA 98121
Teléfono: (800) 368-1019
Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE.UU., Región 10
2201 Sixth Avenue
Seattle, WA 98121
Teléfono: (800) 368-1019

Para presentar una queja contra la clínica Pediatric Associates of the Northwest, póngase en contacto con el Administrador – Oficial de privacidad al 503-227-0671. ***No será penalizado por haber presentado una queja.***