



# Servicios de Salud del Condado Benton

## Notificación Sobre Prácticas de Privacidad



### Su Información • Sus Derechos • Nuestras Responsabilidades

Este documento describe cómo su información médica podría ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. **Por favor revísela detalladamente.**

#### **Sus Derechos**

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

#### **Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico:**

- Puede solicitar, por escrito, que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico por medio del portal protegido (MyChart), correo electrónico protegido, o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 10 días laborables desde su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable, en base al costo.
- Nosotros podríamos negarnos a su solicitud. Si su solicitud es negada puede pedir una revisión. La persona que evaluará su revisión no será la persona que negó su solicitud, y nosotros cumpliremos con la decisión tomada sobre su revisión.

#### **Solicitar que corriamos su historial médico:**

- Puede solicitar, por escrito, que corriamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 15 días laborables.

#### **Solicitar Comunicaciones Confidenciales:**

- Puede solicitar, por escrito, que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono de la casa, del trabajo, a través de MyChart) a una dirección diferente.
- Le diremos “sí” a todas las solicitudes que sean razonables.

#### **Solicitar que Limitemos lo que utilizamos o compartimos:**

- Puede solicitar, por escrito, que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago, o nuestras operaciones. .
  - No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si ésto afectara su cuidado

- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitarnos, por escrito, que no compartamos esa información por el propósito de pago o nuestras operaciones con su seguro médico. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

### **Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información:**

- Puede solicitar, por escrito, una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué. Usted tendrá que especificar las fechas exactas que quiere le informemos sobre las divulgaciones sin exceder a los seis años previos a la fecha de su solicitud.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de cuidado médico, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable, en base al costo si usted solicita otro informe antes que hayan pasado 12 meses.

### **Elegir a alguien para que actúe en su nombre:**

- Si usted le ha otorgado legalmente a alguien su representación médica 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 acción.

### **Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos:**

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nuestro oficial de privacidad al 541-766-6273.
- Puede presentar una queja escrita en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando la página de red electrónica [www.hss.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hss.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints)
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

### **Sus opciones**

Para determinada información médica puede decirnos sus decisiones sobre qué podemos compartir. Si tiene una preferencia clara de cómo debemos compartir su información en las situaciones descritas abajo comuníquese con nosotros. Díganos que quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

**En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:**

- Compartamos información con su familia amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

**En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:**

- Propósitos de mercadeo
- Venta de su información

**En el caso de recaudación de fondos:**

- Podemos comunicarnos con usted por esfuerzos de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

¿Cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

## **Nuestros usos y divulgaciones**

**Tratamiento:**

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando. Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.

**Dirigir nuestra organización:**

- Podemos utilizar y divulgar su información médica para administrar nuestra práctica, mejorar su cuidado y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

**Facturar por sus servicios**

- Podemos utilizar y compartir su información médica para facturar y obtener el pago de los seguros de salud y otras entidades. Ejemplo: Entregamos información médica acerca de usted a su seguro médico para que éste pague por sus servicios.

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica? Se nos permite o exige compartir su información médica de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información médica con dichos propósitos. Para más información, visite:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html).

### **Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad:**

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
  - Prevención de enfermedades
  - Ayuda con el retiro de productos del mercado.
  - Informe de reacciones adversas a medicamentos.
  - Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
  - Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguna persona.

### **Realizar investigaciones médicas:**

- Podemos utilizar o compartir su información médica para investigaciones de salud siempre y cuando toda la información que lo identifique se remueva. De lo contrario, necesitamos obtener su consentimiento para usar su información médica para el propósito de investigaciones de salud.

### **Cumplir con la ley:**

- Podemos compartir su información médica si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

### **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos:**

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

### **Trabajar con un médico forense o director funerario:**

- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

### **Responder al cumplimiento de la ley de compensación a trabajadores y otras solicitudes gubernamentales:**

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
  - En reclamos de compensación a trabajadores
  - A los fines de cumplir con la ley o con un oficial de la ley
  - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley
  - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares

## **Responder a demandas y acciones legales**

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Si usted es un recluso de una cárcel o prisión o si está bajo la custodia de un oficial de la ley, nosotros podríamos dar su información de salud a esa persona o cárcel o prisión como es requerido o permitido por ley. Otras leyes podrían requerir su autorización por escrito para divulgar ciertos tratamientos de salud mental, abuso del alcohol y drogas, exámenes y tratamiento para VIH/SIDA, y exámenes de información genética.

## **Nuestras responsabilidades**

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

### **Para mayor información, visite:**

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html)

### **Cambios a los términos de esta notificación:**

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicaran a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro portal electrónico.

### **Este aviso de prácticas de privacidad aplica a las siguientes organizaciones:**

Los Servicios de Salud del Condado Benton (BCHS) son parte de un acuerdo de atención médica organizada, que incluye a los participantes de la Red OCHIN. Una lista actualizada de los participantes de OCHIN está disponible en [www.ochin.org](http://www.ochin.org) como socio comercial de BCHS, OCHIN suministra tecnología de información y servicios relacionados a BCHS y otros participantes de OCHIN. OCHIN también participa en actividades de evaluación y mejora de la calidad a nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina las actividades de revisión clínica a nombre de las organizaciones participantes para establecer estándares de mejores prácticas y evaluar los beneficios clínicos que pueden derivarse del uso de sistemas electrónicos de registros de salud. Los participantes de OCHIN también trabajan en colaboración, para mejorar el manejo de referidos de pacientes internos y externos. BCHS puede compartir su información de salud con otros participantes de OCHIN cuando sea necesario para fines de operaciones de

atención médica dentro del acuerdo de atención médica organizada. La operación de atención médica puede incluir, entre otras cosas, geocodificar la ubicación del lugar donde usted vive, para mejorar los beneficios clínicos que recibe.

La información personal puede incluir: información médica pasada, presente y futura, así como información descrita en las Reglas de privacidad. La información, en la medida en que se divulgue, se hará de conformidad con las Reglas de privacidad o cualquier otra ley aplicable, según se modifique periódicamente. Tiene derecho a cambiar de opinión y retirar este consentimiento, sin embargo, es posible que la información, ya se haya proporcionado según lo permitido por usted. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que usted lo revoque por escrito. Si se solicita, se le proporcionará una lista de entidades a las que se ha divulgado su información.

Benton Health Services  
530 NW 27th Street  
PO Box 579  
Corvallis OR 97339-0579  
[www.co.benton.or.us/health](http://www.co.benton.or.us/health)  
Privacy Official contact number:  
541-766-6273