

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de vigencia: _____

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO PUEDE TENER ACESO A ESTA INFORMACION.

POR FAVOR REVISELO CON CUIDADO.

Si usted tiene cualquier pregunta acerca de este aviso, por favor contacte al supervisor de práctica al 503-905-3400



1510 Division Street, Suite 280
Oregon City, Oregon 97045
www.wfpeds.com

QUIÉN DEBE CUMPLIR CON ESTE AVISO

Este aviso describe las prácticas de privacidad de información seguidos por los empleados, funcionarios y otro personal.

SU INFORMACIÓN MÉDICA

Este aviso se aplica a la información y los registros que tenemos de usted, su salud, estado de salud y la atención de la salud y los servicios que reciben de Willamette Falls Grupo Pediátrico. Su información de salud puede incluir información creada y recibida por Willamette Falls Grupo Pediátrico, puede estar en la forma de registros escritos o electrónicos o palabras habladas, y puede incluir información sobre su historial de salud, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas, la actividad relacionada con la facturación y el mismo tipo de información relacionada con la salud.

Estamos obligados por ley a darle este aviso. Se le informará acerca de las maneras en que podemos usar y revelar información médica acerca de usted y describe sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso y revelación de la información.

CÓMO PODEMOS USAR Y REVELAR INFORMACIÓN ACERCA DE SU SALUD

Podemos usar y revelar su información médica para los siguientes propósitos:

- **Para el tratamiento:** Podemos usar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podemos revelar información médica acerca de usted a médicos, enfermeras, técnicos, personal u otro personal que están involucrados en el cuidado de usted y su salud.

Por ejemplo, su médico puede estar tratándolo por una enfermedad del corazón y puede necesitar saber si usted tiene otros problemas de salud que podrían complicar su tratamiento. El médico puede usar su historia médica para decidir qué tratamiento es mejor para usted. El médico también puede decirle a otro médico sobre su condición para que éste pueda ayudar a determinar el cuidado más adecuado para usted.

Diferentes personales de nuestra organización pueden compartir información acerca de usted y revelar la información a las personas que no trabajan para Willamette Falls Grupo Pediátrico con el fin de coordinar su atención, tales como recetas por teléfono a su farmacia, programar el trabajo de laboratorio y ordenar radiografías. Los familiares y otros profesionales de la salud pueden ser parte de su atención médica fuera de esta oficina y pueden requerir información sobre usted que tenemos. Le solicitaremos su permiso antes de compartir información de salud con su familia o amigos a menos que no puede dar permiso a dicha comunicación, debido a su estado de salud.

- **Para el pago.** Podemos usar y revelar información médica acerca de usted para que el tratamiento y los servicios que usted recibe en Willamette Falls Grupo Pediátrico puedan ser facturados y el pago se pueda coleccionar de usted, una compañía de seguros o terceros. Por ejemplo, es posible que necesitemos darle información de su plan de salud acerca de un servicio recibido aquí para que su plan de salud nos pague o le reembolse a usted por el servicio. También podemos informar a su plan de salud sobre un tratamiento que usted va a recibir para obtener aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

- **Para operaciones de atención médica.** Podemos usar y revelar información sobre su salud con el fin de ejecutar Willamette Falls Grupo Pediátrico y asegúrese de que usted y los demás pacientes reciban atención de calidad.

Por ejemplo, podemos usar su información de salud para evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted. También podemos utilizar la información de salud acerca de todos o muchos de nuestros pacientes para ayudarnos a decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, cómo podemos ser más eficientes, o si ciertos tratamientos nuevos son efectivos.

También podemos revelar su información de salud a los planes de salud que ofrecen cobertura de seguros y otros proveedores de atención de la salud que lo atienden.

Nuestras revelaciones de su información de salud a los planes y otros proveedores pueden ser con el propósito de ayudar a estos planes y proveedores de proporcionar o mejorar la atención, reducir costos, coordinar y administrar la atención médica y los servicios, entrenar al personal y cumplir con la ley.

SITUACIONES ESPECIALES

Podemos usar o revelar información sobre su salud para los siguientes propósitos, sujeto a todos los requisitos legales aplicables y limitaciones:

- **Para evitar una amenaza seria a la salud o la seguridad.** Podemos usar y revelar información médica acerca de usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona.
- **Tal como lo exige la ley.** Vamos a revelar información sobre su salud cuando sea requerido por la ley federal, estatal o local.
- **Investigación.** Podemos usar y divulgar su información médica para proyectos de investigación que están sujetos a un proceso especial de aprobación. Le pediremos su autorización si el investigador va a tener acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quién es usted, o si participará en su atención en la oficina.
- **Donación de Órganos y Tejidos.** Si usted es un donante de órganos, podemos revelar información médica a organizaciones que manejan la obtención de órganos, ojos o tejidos a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar dicha donación y el trasplante.
- **Militares, Veteranos, Seguridad Nacional e Inteligencia.** Si usted es o fue miembro de las fuerzas armadas, o parte de las comunidades de inteligencia de la seguridad nacional, podemos ser requeridos por los mandos militares u otras autoridades gubernamentales para revelar información sobre su salud. También podemos revelar información acerca de personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras apropiadas.
- **Compensación de Trabajadores.** Podemos revelar información médica acerca de usted para compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionados con el trabajo.
- **Riesgos de salud pública.** Podemos revelar información sobre su salud por razones de salud pública con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, o reportar nacimientos, las muertes, sospechas de abuso o negligencia, lesiones físicas no accidentales, reacciones a medicamentos o problemas con productos.
- **Actividades de supervisión de salud.** Podemos revelar información médica a una agencia de supervisión de salud para auditorías, investigaciones, inspecciones, o propósitos de licencia. Estas revelaciones pueden ser necesarias para ciertas agencias estatales y federales para supervisar el sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.
- **Demandas y Disputas.** Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podemos revelar información médica acerca de usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. Sujeto a todos los requisitos legales aplicables, también podemos revelar información médica sobre usted en respuesta a una citación judicial.
- **Aplicación de la ley.** Podemos revelar información médica si lo pide un oficial de la ley en respuesta a una orden judicial, citación, mandato, llamamiento o proceso similar, sujeto a todos los requisitos legales aplicables.
- **Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias.** Podemos revelar información médica a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte.
- **La información no identificable personalmente.** Podemos usar o revelar información sobre su salud de una manera que no lo identifica personalmente o revele quien es usted.

- **Familiares y amigos.** Podemos revelar información sobre su salud a miembros de su familia o amigos si obtenemos su acuerdo verbal para hacerlo o si le damos la oportunidad de oponerse a tal revelación y usted no levanta una objeción. También podemos revelar información de salud a sus familiares o amigos si podemos deducir de las circunstancias, en base a nuestro juicio profesional, que usted no se opondría. Por ejemplo, podemos suponer que usted está de acuerdo con la revelación de su información personal de salud a su cónyuge / padre cuando lleva a su cónyuge / padre con usted en el consultorio o en el hospital durante el tratamiento o mientras se discute el tratamiento.

En situaciones en las que usted no es capaz de dar su consentimiento (porque no está presente o debido a su incapacidad o emergencia médica), es posible, usando nuestro juicio profesional, determinamos que la revelación a su familiar o amigo está en su mejor interés. En esa situación, revelaremos información de salud sólo que sea relevante para la participación de la persona en su cuidado. Por ejemplo, podemos informar a la persona que lo acompañó a la sala de emergencias que usted sufrió un ataque al corazón y proporcionar actualizaciones en su progreso y pronóstico. También podemos utilizar nuestro juicio y experiencia profesional para hacer inferencias razonables que sea en su mejor interés para que otra persona actúe en su nombre para recoger, por ejemplo, recetas, suministros médicos, o rayos-X.

OTROS USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD

No vamos a utilizar o revelar su información de salud para ningún otro propósito que los identificados en las secciones anteriores sin su autorización por escrito específico. Si usted nos da autorización para usar o revelar información médica sobre usted, usted puede revocar dicha autorización, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, ya no podremos utilizar o revelar información sobre usted por las razones cubiertas en su autorización por escrito, pero no podemos revertir los usos o revelaciones ya hechas con su permiso.

MARZO 2013 © OREGON MEDICAL ASSOCIATION TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS

En algunos casos, podemos necesitar la autorización específica por escrito de usted con el fin de revelar cierta información especialmente protegida tal como información de abuso de sustancias para fines como las operaciones de tratamiento, pago y atención médica.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN ACERCA DE SU SALUD

Usted tiene los siguientes derechos sobre la información médica que tenemos acerca de usted:

- **Derecho a inspeccionar y copiar.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud, tales como registros médicos y de facturación, que mantenemos y usamos para tomar decisiones acerca de su cuidado. Usted debe presentar una solicitud por escrito al director de la práctica con el fin de inspeccionar y / o registros de copias de su información médica. Si usted solicita una copia de la información, podemos cobrarle una cuota por el costos de copiado, envío por correo u otros suministros relacionados. Nosotros le notificaremos del costo y usted puede escoger retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir cualquier costo. Una petición modificada puede incluir solicitar un resumen de su historia clínica.

Si usted solicita para ver una copia de su información de salud, no le cobraremos la inspección de su información médica. Si desea revisar su información de salud, por favor, envíe su solicitud por escrito al director de la práctica. Usted tiene el derecho de solicitar una copia de su información médica en formato electrónico si guardamos su información de salud electrónicamente.

Podemos negar su solicitud para inspeccionar y / o copiar su expediente o parte de su expediente en ciertas circunstancias limitadas. Si se le niega copias o acceso a la información médica que mantenemos acerca de usted, puede solicitar una revisión de nuestra negación. Si la ley le da el derecho a que se revise nuestra negativa, seleccionaremos un profesional de la salud para revisar su solicitud y nuestra negativa. La persona que realice la revisión no será la persona que negó su solicitud, y cumpliremos con el resultado de la revisión.

- **Derecho a enmendar.** Si usted cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la corrijamos. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda mientras la información sea guardada por Willamette Falls Grupo Pediátrico.

Para solicitar una enmienda, complete y envíe una forma médica de registro ENMIENDA / CORRECCIÓN a la gerente de la práctica.

Podemos negar su solicitud de enmienda si su petición no es por escrito o no incluye una razón para apoyar la petición. Además, podemos rechazar o negar parcialmente su solicitud si usted nos pide enmendar información que:

- Nosotros no hemos creado, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no está disponible para hacer la enmienda
- No es parte de la información de salud que mantenemos
- No se le permitiría inspeccionar y copiar
- Es correcta y completa

Si negamos o rechazamos parcialmente su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una refutación y pida que la refutación se haga parte de su expediente médico. Su refutación debe ser 1-2 páginas de largo o menos y tenemos el derecho de presentar una refutación respondiendo a la suya en su expediente médico. Usted también tiene el derecho de pedir que todos los documentos relacionados

con la solicitud de modificación (incluyendo refutación) sean transmitidos a terceros cualquier momento que esa parte de expediente médico, se revele.

- **Derecho a una Contabilidad de Revelaciones.** Usted tiene el derecho de solicitar un "informe de revelaciones." Esta es una lista de las revelaciones que hemos hecho de la información médica acerca de usted para fines distintos al tratamiento, pago, operaciones de cuidado de salud, cuando sea autorizado específicamente por usted y un número limitado de circunstancias especiales relacionados con la seguridad nacional, las instituciones correccionales y de policía.

Para obtener esta lista, debe presentar su solicitud por escrito al director de la práctica. Se debe indicar un período de tiempo, que no podrá ser más de seis años. Su solicitud deberá indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, en papel o electrónicamente). La primera lista que usted solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle por los costos de proporcionar la lista. Nosotros le notificaremos del costo y usted puede escoger a dibujar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir cualquier costo.

- **Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica que usamos o revelamos acerca de usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también tiene el derecho de solicitar un límite en la información médica que revelamos acerca de usted a alguien que esté involucrado en su cuidado o en el pago para él, como un familiar o amigo. Por ejemplo, usted podría pedir que no usemos ni revelemos información acerca de la cirugía que usted tuvo.

No estamos obligados de aceptar su solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proveerle tratamiento de emergencia o si estamos obligados por ley a usar o revelar la información.

Tenemos la obligación de aceptar su solicitud si usted paga por tratamientos, servicios, suministros y recetas "de su bolsillo" y usted solicita la información no se comunique a su plan de salud para operaciones de cuidado de salud o pago. Puede haber casos en los que estamos obligados a revelar esta información si es requerido por la ley.

Para solicitar restricciones, puede completar y entregar la solicitud de RESTRICCIÓN SOBRE EL USO / REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA a la gerente de la práctica.

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

Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted puede completar y entregar el PEDIDO DE RESTRICCIÓN SOBRE EL USO / REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA Y / O COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL a la gerente de la práctica. Nosotros no le preguntaremos la razón de su solicitud. Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

- **Derecho a una copia impresa de este aviso.** Usted tiene el derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Usted puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si usted ha aceptado recibir por medios electrónicos, usted todavía tiene derecho a una copia impresa. (También puede encontrar una copia de este aviso en nuestro sitio web www.wfpeds.com.)

Para obtener tal copia, comuníquese con el gerente de la práctica.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y de hacer el aviso revisado o cambiado para información médica que ya tenemos acerca de usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Fijaremos el aviso actual en nuestras oficinas con su fecha de vigencia en la esquina arriba a la mano. Usted tiene derecho a una copia del aviso vigente.

Le informaremos de cualquier cambio significativo en este aviso. Esto puede ser a través de nuestro boletín de noticias, una señal de un lugar prominente en nuestra oficina (s), un aviso publicado en nuestro sitio web o en otros medios de comunicación.

VIOLACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Le informaremos si hay una violación de su información de salud inseguro.

QUEJAS

Si usted cree que sus derechos han sido violados, puede presentar una queja con nuestra oficina o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos a: Oficina de la Región para Derechos Civiles (Región Entidad Cubierta en la que se encuentra) Departamento de Salud de EE.UU. y Servicios Humanos 2201 Sixth Avenue – M/S:RX-11 Seattle, WA 98121-1831

Para presentar una queja ante Willamette Falls Grupo Pediátrico, póngase en contacto con el director en 1510 División Street Suite 280, Oregon City, OR 97045. 503-905-3400.

Usted no será penalizado por presentar una queja.

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD



1510 Division Street, Suite 280
Oregon City, Oregon 97045
503-905-3400
www.wfpeds.com

Yo reconozco que he recibido las prácticas de privacidad actualizadas de Willamette Falls Grupo Pediátrico.

Nombre del paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Firma de Paciente/Tutor _____

La relación al paciente _____

Testigo _____

Fecha _____