

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Effective Date: June 1, 2020

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.

PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

If you have any questions about this notice, please contact Tara Kirk, Chief Operations Officer of La Clinica at (541)535-6239, 931 Chevy Way, Medford, OR 97504.

WHO WILL FOLLOW THIS NOTICE

This notice describes the information privacy practices followed by our employees, staff and other office personnel.

THE PURPOSE OF THIS NOTICE

La Clinica is committed to protecting the privacy and confidentiality of your health information created or maintained at our practice. We are required by law to give you this notice and to have policies and procedures to protect the privacy and confidentiality of your health information. This notice will tell you about the ways we may use or disclose information about you and describe your rights and our obligations regarding the use and disclosure of that information.

HOW WE MAY USE AND DISCLOSE HEALTH INFORMATION ABOUT YOU

We may use and disclose health information for the following purposes:

- **For Treatment.** We may use health information about you to provide you with medical treatment or services. We may disclose health information about you to doctors, nurses, technicians, office staff or other personnel who are involved in taking care of you and your health. Disclosures of Protected Health Information (PHI) to other health care providers for treatment purposes may be made through computer networks, or other means of communication.

For example, your doctor may be treating you for a heart condition and may need to know if you have other health problems that could complicate your treatment. The doctor may use your medical history to decide what treatment is best for you. The doctor may also tell another doctor about your condition so that doctor can help determine the most appropriate care for you.

Different personnel in our office may share information about you and disclose information to people who do not work in our office to coordinate your care, such as phoning in prescriptions to your pharmacy, scheduling lab work and ordering x-rays. Family members and other health care providers may be part of your medical care outside this office and may require information about you that we have. We will request your permission before sharing health information with your family or friends unless you are unable to give permission to such disclosures if you are unavailable or due to your health condition. We will request your permission at the point in time you are available or able to grant permission.

- **For Payment.** We may use and disclose health information about you so that the treatment and services you receive at this office may be billed to and payment may be collected from you, an insurance company or a third party.

For example, we may need to give your health plan information about a service you received here so your health plan will pay us or reimburse you for the service. We may also tell your health plan about a treatment you are going to receive to obtain prior approval or to determine whether your plan will pay for the treatment.

- **For Health Care Operations.** We may use and disclose health information about you to run the office and make sure that you and our other patients receive quality care. For example, we may use your health information to evaluate the performance of our staff in caring for you. We may also use health information about all or many of our patients to help us decide what additional services we should offer, how we can become more efficient, or whether certain new treatments are effective.

We may also disclose your health information to health plans that provide you insurance coverage and other health care

providers that care for you. Our disclosures of your health information to plans and other providers may be for helping these plans and providers provide or improve care, reduce cost, coordinate and manage health care and services, train staff and comply with the law.

La Clinica is part of an organized health care arrangement including participants in the Oregon Community Health Information Network (OCHIN). A current list of OCHIN participants is available at www.ochin.org. As a business associate of La Clinica, OCHIN supplies information technology and related services to La Clinica and other OCHIN participants. OCHIN also engages in quality assessment and improvement activities on behalf of its participants. For example, OCHIN coordinates clinical review activities on behalf of participating organizations to establish best practice standards and assess clinical benefits that may be derived from the use of electronic health record systems. OCHIN also helps participants work collaboratively to improve the management of internal and external patient referrals. Your health information may be shared by La Clinica with other OCHIN participants when necessary for health care operations purposes of the organized health care arrangement. Health care operations may include, among other things, geocoding your residence location to improve the clinical benefits you received.

The personal health information may include past, present and future medical information as well as information outlined in the Privacy Rules. The information, to the extent disclosed, will be disclosed consistent with the most current Privacy Rules and other applicable laws. You have the right to change your mind and withdraw this consent, however, any information that has already been disclosed cannot be retracted. This consent will remain in effect until revoked by you in writing. If requested, you will be provided a list of entities to which your information has been disclosed.

Appointment Reminders. We may contact you as a reminder that you have an appointment for treatment or medical care at the office.

Treatment Alternatives. We may tell you about or recommend possible treatment options or alternatives that may be of interest to you.

Health-Related Products and Services. We may tell you about health-related products or services that may be of interest to you.

Please notify us if you do not wish to be contacted for appointment reminders, or if you do not wish to receive communications about treatment alternatives or health-related products and services. If you advise us **in writing** (at the address listed at the top of this Notice) that you do not wish to receive such communications, we will not contact you for these purposes.

SPECIAL SITUATIONS

We may use or disclose health information about you for the following purposes, subject to all applicable legal requirements and limitations:

- **To Avert a Serious Threat to Health or Safety.** We may use and disclose health information about you when necessary to prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of the public or another person.
- **Required by Law.** We will disclose health information about you when required to do so by federal, state or local law.
- **Research.** We may use and disclose health information about you for research projects that are subject to a special approval process. We will ask you for your permission if the researcher will have access to your name, address or other information that reveals who you are, or will be involved in your care at the office unless it is determined by our *Institutional Review Board* or *Privacy Board* that your privacy will be protected as part of the research and it may interfere with the research if you are contacted. We will offer you the option of opting out of any research related to genetic studies.
- **Organ and Tissue Donation.** If you are an organ donor, we may release health information to organizations that handle organ procurement or organ, eye or tissue transplantation or to an organ donation bank, as necessary to facilitate such donation and transplantation.
- **Military, Veterans, National Security and Intelligence.** If you are or were a member of the armed forces, or part of the national security or intelligence communities, we may be required by military command or other government authorities to release health information about you. We may also release information about foreign military personnel to the appropriate foreign military authority.

- **Workers' Compensation.** We may release health information about you for workers' compensation or similar programs. These programs provide benefits for work-related injuries or illness.
- **Public Health Risks.** We may disclose health information about you for public health reasons to prevent or control disease, injury or disability; or report births, deaths, non-accidental physical injuries, reactions to medications or problems with products.
- **Victims of Abuse, Neglect or Domestic Violence.** We may disclose patient health information if we suspect abuse, neglect or domestic violence as required or permitted by law.
- **Health Oversight Activities.** We may disclose health information to a health oversight agency for audits, investigations, inspections, or licensing purposes. These disclosures may be necessary for certain state and federal agencies to monitor the health care system, government programs, and compliance with civil rights laws.
- **Lawsuits and Disputes.** If you are involved in a lawsuit or a dispute, we may disclose health information about you in response to a court or administrative order. Subject to all applicable legal requirements, we may also disclose health information about you in response to a subpoena.
- **Law Enforcement.** We may release health information if asked to do so by a law enforcement official in response to a court order, subpoena, warrant, summons or similar process, subject to all applicable legal requirements.
- **Coroners, Medical Examiners and Funeral Directors.** We may release health information to a coroner or medical examiner. This may be necessary, for example, to identify a deceased person or determine the cause of death.
- **Specialized Government Functions.** We may disclose patient health information to government agencies with special functions as required or permitted by law.
- **Information Not Personally Identifiable.** We may use or disclose health information about you in a way that does not personally identify you or reveal who you are.
- **Family and Friends.** We may disclose health information about you to your family members or friends if we obtain your verbal agreement to do so or if we give you an opportunity to object to such a disclosure and you do not raise an objection. We may also disclose health information to your family or friends if we can infer from the circumstances, based on our professional judgment that you would not object. For example, we may assume you agree to our disclosure of your personal health information to your spouse when you bring your spouse with you into the exam room during treatment or while treatment is discussed.

In situations where you are not capable of giving consent (because you are not present or due to your incapacity or medical emergency), we may, using our professional judgment, determine that a disclosure to your family member or friend is in your best interest. In that situation, we will disclose only health information relevant to the person's involvement in your care. For example, we may inform the person who accompanied you to the emergency room that you suffered a heart attack and provide updates on your progress and prognosis. We will ask for your permission to disclose your health information to family members and friends as soon as you are available or capable of giving consent. We may also use our professional judgment and experience to make reasonable inferences that it is in your best interest to allow another person to act on your behalf to pick up, for example, filled prescriptions, medical supplies, or X-rays.

OTHER USES AND DISCLOSURES OF HEALTH INFORMATION

We will not use or disclose your health information for any purpose other than those identified in the previous sections without your specific written *Authorization*.

In some instances, we may need specific, written authorization from you to disclose certain types of specially-protected information such as HIV/AIDS, substance abuse, mental health, and genetic testing information for purposes such as treatment, payment and healthcare operations.

YOUR RIGHTS REGARDING HEALTH INFORMATION ABOUT YOU

You have the following rights regarding health information we maintain about you:

- **Right to Inspect and Copy.** You have the right to inspect and copy your health information, such as medical and billing records, that we keep and use to make decisions about your care. You must submit a written request to the Medical Records Department to inspect and/or obtain a copy of your health records. If you request to inspect or view your health information, we will not charge you for inspection or viewing.

If you request a copy of the information, we may charge a fee for the costs of copying, mailing or other associated supplies. We will notify you of the cost involved and you may choose to withdraw or modify your request at that time before any costs are incurred. A modified request may include requesting a summary of your medical record.

You have the right to request an electronic copy of your record through My Chart if we maintain all or part of your record electronically. You are only entitled to ask for a copy of that part of your record we store electronically. You may be charged for our staff costs to create it. We will notify you of the cost at the time of your request and you may choose to withdraw or modify your request at that time.

We may deny your request to inspect and/or copy your record or parts of your record in certain limited circumstances. If you are denied copies of or access to, health information that we keep about you, you may ask that our denial be reviewed. If the law gives you a right to have our denial reviewed, we will select a licensed health care professional to review your request and our denial. The person conducting the review will not be the person who denied your request, and we will comply with the outcome of the review. You are not entitled to copies of psychotherapy notes.

- **Right to Amend.** If you believe health information we have about you is incorrect or incomplete, you may ask us to amend the information. You have the right to request an amendment if the information is kept by this office.

To request an amendment, complete and submit a Medical Record Amendment Form to Tara Kirk, Chief Operations Officer

We may deny your request for an amendment if your request is not **in writing** or does not include a reason to support the request. In addition, we may deny or partially deny your request if you ask us to amend information that:

- We did not create, unless the person or entity that created the information is no longer available to make the amendment;
- Is not part of the health information that we keep;
- You would not be permitted to inspect and copy;
- Is accurate and complete.

If we deny or partially deny your request for amendment, you have the right to submit a rebuttal and request the rebuttal be made a part of your medical record. Your rebuttal needs to be 1 page in length or less and we have the right to file a rebuttal responding to yours in your medical record. You also have the right to request that all documents associated with the amendment request (including rebuttal) be transmitted to any other party any time that portion of the medical record is disclosed.

- **Right to an Accounting of Disclosures.** You have the right to request an “accounting of disclosures.” This is a list of the disclosures we made of medical information about you for purposes other than treatment, payment, health care operations and a limited number of special circumstances involving national security, correctional institutions and law enforcement. The list will also exclude any disclosures we have made based on your written authorization.

To obtain this list, you must submit your request **in writing** to the Medical Records Department. It must state a time period, which may not be longer than six years. Your request should indicate in what form you want the list (for example, on paper, electronically). The first list you request within a 12-month period will be free. For additional lists, we may charge you for the costs of providing the list. We will notify you of the cost involved and you may choose to withdraw or modify your request at that time before any costs are incurred.

You have the right to be notified following any unauthorized disclosure of your protected health information. It is our intention to notify you immediately following the discovery of a breach of your protected health information.

- **Right to Request Restrictions.** You have the right to request a restriction or limitation on the health information we use or disclose about you for treatment, payment or health care operations. You also have the right to request a limit on the health information we disclose about you to someone who is involved in your care or the payment for it, like a family member or

friend. For example, you could ask that we not use or disclose information about a surgery you had.

In most cases we are not required to agree to your request. If we do agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide you emergency treatment or we are required by law to use or disclose the information. You can revoke any honored restriction requests at any time. Such requests must be in writing.

We are required to honor your request if you paid for diagnosis, treatment, medical equipment, etc. "out of pocket." Also, we are required to honor your request if the request is to not disclose your health information to your health insurance plan for payment or healthcare operations. If you request we not provide your health information to your health plan for payment purposes, we may require you to pay in-full for any services or supplies provided at the time of service.

To request restrictions, you may complete and submit the Authorization to Release Information with your modified request to the Medical Records Department.

- **Right to Request Confidential Communications.** You have the right to request that we communicate with you about medical matters in a certain way or at a certain location. For example, you can ask that we only contact you at work or by mail.

To request confidential communications, you may complete and submit the Patient Request for Confidential Communication form to the Medical Records Department. We will not ask you the reason for your request. We will accommodate all reasonable requests. Your request must specify how or where you wish to be contacted.

- **Right to Revoke Your Authorization.** If you give us *Authorization* to use or disclose health information about you, you may revoke that *Authorization, in writing*, at any time. If you revoke your *Authorization*, we will no longer use or disclose information about you for the reasons covered by your written *Authorization*, but we cannot take back any uses or disclosures already made with your permission.
- **Right to a Paper Copy of This Notice.** You have the right to a paper copy of this notice. You may ask us to give you a copy of this notice at any time. Even if you have agreed to receive it electronically, you are still entitled to a paper copy. [*You may also find a copy of this Notice on our web site. www.laclinicahealth.org*]

To obtain such a copy, contact your clinic.

CHANGES TO THIS NOTICE

We reserve the right to change this notice, and to make the revised or changed notice effective for medical information we already have about you as well as any information we receive in the future. We will post a summary of the current notice in the office with its effective date on the top center. You are entitled to a copy of the notice currently in effect.

We will inform you of any significant changes to this Notice. This may be through our practice newsletter, a sign prominently posted in our office, a notice posted on our web site or other means of communication.

COMPLAINTS

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with our office or with the Secretary of the Department of Health and Human Services at:

Office for Civil Rights Region X
U.S. Department of Health & Human Services
2201 Sixth Avenue - Mail Stop RX-11
Seattle, WA 98121
(206) 615-2290 (VOICE)
(206) 615-2296 (TDD)
(206) 615-2297 (FAX)

To file a complaint with our office, contact Tara Kirk, Chief Operations Officer, at (541) 535-6239 or *931 Chevy Way Medford, OR 97504. You will not be penalized for filing a complaint.*

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de vigencia: junio 1, 2020

ESTE DOCUMENTO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVIÉSELO CUIDADOSAMENTE

Si tiene alguna pregunta en relación con este documento, por favor comuníquese con Tara Kirk, Directora de Operaciones de La Clínica, visitando su oficina ubicada en el 931 Chevy Way, Medford, OR 97504 o al teléfono (541) 535-6239

QUIÉN DEBE SEGUIR ESTE AVISO

Este aviso describe las prácticas de privacidad seguidas por nuestros empleados, y personal de la oficina.

EL PROPÓSITO DE ESTE AVISO

La Clínica se compromete a proteger la privacidad y confidencialidad de su información de salud creada o mantenida en nuestra práctica. La ley nos exige que le demos este aviso y que tengamos políticas y procedimientos para proteger la privacidad y confidencialidad de su información de salud. Este aviso le informará sobre las formas en que podemos usar o divulgar su información y describir sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de dicha información.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Podemos utilizar y divulgar información sobre su salud para los siguientes propósitos:

- **Para Tratamiento.** Podemos utilizar la información sobre su salud para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar la información sobre su salud a doctores, enfermeras, técnicos, personal de la oficina y otros empleados que estén involucrados en su atención médica. Las divulgaciones de Información Médica Protegida a otros proveedores de salud para tratamiento pueden ser hechas a través de la computadora u otros medios de comunicación.

Por ejemplo: su doctor puede estar atendiéndole en relación con una enfermedad cardíaca y necesita saber si usted tiene algún otro problema de salud que pudiera complicar su tratamiento. Su doctor puede utilizar la información en su historial médico para decidir cuál es el mejor tratamiento para usted. Su doctor puede también consultar con otro doctor sobre su enfermedad con el fin de determinar qué tratamiento es más apropiado para usted.

Algunos de los empleados en nuestra oficina pueden también compartir y divulgar información sobre usted con personas que no trabajen en nuestra clínica con el fin de coordinar su cuidado, como, por ejemplo: llamar a la farmacia para surtir sus medicamentos, programar citas para pruebas de laboratorio o radiografías. Otros proveedores de salud y miembros de su familia que estén involucrados en su atención médica pueden requerir información que tenemos sobre usted. Nosotros solicitaremos su permiso antes de compartir la información de salud con los miembros de su familia o amigos a menos que usted no pueda dar su permiso para tal divulgación si es que no está disponible o debido a su condición de salud. Nosotros solicitaremos su permiso en el momento que usted esté disponible o capacitado para conceder el permiso.

- **Para Pagos.** Podemos usar y revelar información médica acerca de usted para que el tratamiento y los servicios que usted reciba en esta oficina puedan ser facturados y obtener pago de usted, de una compañía de seguros o de otra fuente.

Por ejemplo: quizá tengamos que dar información a su seguro médico sobre un servicio que recibió en nuestros centros de salud para que su plan pague o le reembolse por el servicio. Podemos también ponernos en comunicación con su seguro médico para obtener aprobación previa a un tratamiento o para determinar si el plan cubrirá el tratamiento.

- **Operaciones del Cuidado de su Salud.** Podemos utilizar y divulgar información sobre su salud en el funcionamiento de nuestras oficinas y para asegurarnos que usted y nuestros otros pacientes reciben una atención de calidad.

Por ejemplo: podemos utilizar la información sobre su salud para evaluar el desempeño de nuestro personal a cargo de su cuidado. Podemos también utilizar su información, así como la de otros pacientes para decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, cómo podemos ser más eficientes, o para determinar la efectividad de nuevos tratamientos.

Podemos también compartir información sobre usted con su plan de salud y otros proveedores médicos que cuidan de usted. La información sobre su salud que compartimos con su seguro u otros proveedores puede ser con el propósito de

ayudar a dicho plan o proveedor a mejorar su cuidado, reducir el costo, coordinar y manejar atención médica y servicios médicos, entrenar empleados y cumplir con la ley.

La Clínica es parte de un acuerdo del cuidado de la salud organizado que incluye a participantes en el Oregon Community Health Information Network (OCHIN), una cadena de información de salud comunitaria de Oregon. Una lista actualizada de los participantes de OCHIN está disponible en www.ochin.org. Como asociado de negocios con La Clínica, OCHIN suministra apoyo y otros servicios tecnológicos a La Clínica y a otros participantes de OCHIN. OCHIN también está involucrado en la evaluación de la calidad y del mejoramiento de las actividades en beneficio de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina una revisión de actividades en representación de sus organizaciones participantes para establecer el alto nivel en las prácticas y evaluar los beneficios clínicos que pueden ser derivados del uso de los sistemas electrónicos que provienen de los informes de salud. OCHIN también ayuda a sus participantes a trabajar en colaboración para mejorar el manejo de las remisiones internas y externas. La información sobre su salud puede ser compartida por La Clínica con otros participantes de OCHIN cuando sea necesario para propósitos relacionados a las operaciones del cuidado de la salud según el acuerdo del cuidado de la salud organizado. Las operaciones de atención médica incluyen, entre otras cosas, geo-codificar la ubicación de su residencia para mejorar los beneficios clínicos que recibió.

La información de salud personal puede incluir información médica pasada, presente y futura, así como la información descrita en las Reglas de Privacidad. La información en la medida divulgada se difundirá de conformidad con las Reglas de privacidad más actuales y otras leyes aplicables. Tiene derecho a cambiar de opinión y retirar este consentimiento; sin embargo, cualquier información que ya haya sido revelada no puede ser retirada. 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.

Recordatorios de Citas. Podemos llamarle para recordarle de su cita en nuestro centro de salud para recibir tratamiento o atención médica.

Alternativas de Tratamiento. Podemos informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés.

Productos y Servicios Relacionados con la Salud. Podemos informarle sobre productos o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Por favor díganos si no desea ser contactado para recordatorios de citas o si no desea recibir información acerca de alternativas de tratamiento o productos y servicios relacionados con la salud. Si nos notifica **por escrito** (a la dirección proporcionada en la parte superior de este aviso) que usted no desea recibir dichas comunicaciones, nosotros no haremos uso o divulgaremos su información con dichos propósitos.

SITUACIONES ESPECIALES

Podemos utilizar y divulgar información sobre su salud con los siguientes propósitos, de acuerdo con todos los requisitos y limitaciones legales que correspondan:

- **Evitar una Amenaza Seria a la Salud o Seguridad.** Podemos utilizar y divulgar información sobre su salud cuando sea necesario prevenir una amenaza seria a su salud o seguridad o la salud o seguridad de otra persona o el público en general.
- **Cuando sea Requerido por la Ley.** Divulgaremos información sobre su salud cuando sea requerido por la ley federal, estatal o local.
- **Investigación.** Podemos utilizar y divulgar información sobre su salud para proyectos de investigación que estén sujetos a un proceso especial de aprobación. Le pediremos su consentimiento si el investigador pudiera tener acceso a su nombre, dirección u otra información que revele su identidad o que lo relacione por el cuidado que tiene en nuestro consultorio a menos que nuestra Junta Examinadora Institucional o Consejo de Privacidad (Institutional Review Board or Privacy Board) determine que su privacidad estará protegida como parte de la investigación, si usted es contactado. Nosotros le ofreceremos la opción de elegir cualquiera de las investigaciones relacionadas a estudios genéticos.
- **Donación de Órganos o Tejidos.** Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar información sobre su salud a organizaciones que coordinan los trasplantes de órganos, ojos o tejido o al banco de órganos según sea necesario para facilitar la donación o el trasplante.
- **Militares, Veteranos, Seguridad Nacional o de Inteligencia.** Puede que nos sea requerido por la autoridad militar o gubernamental compartir información sobre su salud si usted es o fue miembro de las fuerzas armadas o ha formado parte de la seguridad o inteligencia nacional. Podemos también compartir información sobre personal militar del exterior a las autoridades militares correspondientes.

- **Compensación por Accidentes en el Trabajo.** Podemos compartir información sobre su salud a la agencia encargada de la compensación por accidentes en el trabajo (workers' compensation) o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Riesgos de Salud Pública.** Podemos revelar información sobre su salud por razones de salud pública para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades o para reportar nacimientos, sospechas de abuso o negligencia, lesiones físicas no accidentales, reacciones a medicamentos o problemas relacionados con productos.
- **Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.** Podemos divulgar la información de salud del paciente si se sospecha abuso, negligencia o violencia doméstica como sea requerido o permitido por la ley
- **Actividades de Supervisión de la Salud.** Podemos transmitir información relacionada con su historial médico a agencias que supervisan la salud para la realización de auditorías, investigaciones, inspecciones o para la obtención de licencias. La divulgación de información puede ser requerida por ciertas agencias federales o estatales con el fin de realizar un seguimiento del sistema de salud, programas del gobierno y el cumplimiento de las leyes de los derechos civiles.
- **Disputas y Juicios.** Si usted está involucrado en un juicio o disputa legal, podemos compartir su información en respuesta a una orden judicial o administrativa. De acuerdo con todos los requerimientos legales, podemos también transmitir su información en respuesta a una citación del juzgado.
- **Agencias del Orden Público.** Podemos divulgar información sobre la salud según sea requerido por un oficial del orden público en respuesta a una citación, orden judicial o proceso similar, de acuerdo con los requerimientos legales correspondientes.
- **Juez de Instrucción, Director de Funeraria o Médico Forense.** Podemos compartir información sobre su salud con el juez de instrucción o médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar las causas de un fallecimiento.
- **Funciones Especializadas del Gobierno.** Podemos divulgar la información de salud del paciente a las agencias gubernamentales con funciones especiales según lo requiera o permita la ley.
- **Información no Identificable.** Podemos utilizar y revelar información sobre su salud siempre y cuando no revele su identidad.
- **Familia y Amigos.** Podemos compartir 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 objetar dicha divulgación y usted no presenta objeción. Podemos también compartir información con su familia o amigos según las circunstancias y basándonos en nuestro juicio profesional, que usted no tendrá objeción a dicha comunicación. Por ejemplo: podemos suponer que usted está de acuerdo con que compartamos información sobre su salud con su esposa cuando ella viene con usted al consultorio durante su tratamiento o ella está con usted mientras discutimos su tratamiento.

En situaciones donde usted no es capaz de dar su consentimiento (porque usted no está presente o debido a una incapacidad o emergencia médica) podemos, usando nuestro juicio profesional, determinar que el compartir información con un miembro de su familia o un amigo es para su beneficio. De ser así, compartiremos solamente la información que sea necesaria en ese momento. Por ejemplo: podemos comunicar a la persona que lo ha acompañado a la sala de emergencia que ha sufrido un ataque cardíaco y darle información sobre su progreso o su pronóstico. Nosotros solicitaremos su autorización para divulgar información acerca de su salud a los miembros de su familia y amigos tan pronto como usted esté disponible o capacitado para conceder el permiso. Podemos también utilizar nuestro juicio profesional y experiencia para hacer deducciones razonables de que es para su beneficio el permitir que otra persona actúe de su parte para, por ejemplo, recoger medicamentos, suministros médicos o radiografías.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN DE LA SALUD

No utilizaremos o compartiremos información sobre su salud con ningún otro propósito que no haya sido mencionado en las secciones anteriores sin su *Autorización* específica por escrito.

Bajo algunas circunstancias, podemos necesitar su autorización específica por escrito para revelar ciertos tipos de información protegida especialmente, tal como VIH, abuso de sustancias, salud mental e información relativa a exámenes genéticos para propósitos tales como tratamiento, cobro y operaciones del cuidado de la salud.

SUS DERECHOS CON RELACIÓN A LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Usted tiene los siguientes derechos con relación a la información que mantenemos sobre su salud:

- **Derecho a Examinar y Obtener Copias.** Usted tiene el derecho a examinar y obtener copias de la información sobre su salud, tal como expedientes médicos y archivos de cobros que mantenemos y utilizamos para tomar decisiones sobre su cuidado. Usted debe presentar una petición por escrito al departamento de registros médicos (Medical Records Department) para poder examinar y/u obtener una copia de su expediente médico. No le cobraremos por inspeccionar o revisar la información sobre su salud si usted lo solicita.

Si usted solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa por los costos del copiado, gastos de envío y otros elementos asociados. Le haremos saber del costo relacionado con anticipación y usted puede desistir o modificar su petición antes de incurrir en esos costos. En lo que se refiere a un pedido modificado incluye un resumen de su expediente médico.

Usted tiene el derecho a requerir una copia electrónica de su expediente por medio de My Chart si es que mantenemos la totalidad o parte de su expediente electrónicamente. Solo tiene el derecho a pedir una copia de esa parte de su expediente médico que nosotros almacenamos en forma electrónica. Quizás se le cobre por crear una copia electrónica. Le notificaremos el costo adicional antes para que usted decida si desea retirar o modificar su petición.

Bajo ciertas circunstancias limitadas, podemos negar su petición para examinar y/u obtener copias de sus archivos. Si se le niega el acceso o las copias de su información, usted puede pedir que nuestra decisión sea revisada. Si la ley le da derecho a que nuestra decisión sea revisada, solicitaremos un profesional de salud autorizado para que revise su solicitud y nuestra denegación. La persona que esté a cargo de la revisión no será la persona que negó su petición y nosotros acataremos el resultado de dicha revisión. Usted no tiene derecho a copias de las notas de psicoterapia.

- **Derecho a la Corrección.** Si usted cree que la información sobre su salud es incorrecta o incompleta, nos puede pedir que la corrijamos. Usted tiene derecho a pedir una corrección siempre y cuando la información se mantenga en esta oficina.

Para pedir una corrección, por favor complete y presente a Tara Kirk, Directora de Operaciones el FORMULARIO DE CORRECCIÓN DE ARCHIVOS MÉDICOS (Medical Record Amendment/Correction Form).

Podemos negar su petición de corrección si ésta no es **por escrito** o no incluye la razón que apoye dicha petición. Adicionalmente podemos negar su petición si nos pide que corrijamos información:

- Que no ha sido creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó dicha información no esté disponible para hacer la corrección
- Que no es parte de la información sobre su salud que mantenemos en nuestros archivos
- Que no le está permitido examinar u obtener copias
- Que es correcta y completa

Si negamos en forma total o parcial su petición de hacer correcciones, usted tiene el derecho a someter una impugnación y solicitar que la impugnación o refutación sea parte de su expediente médico. Su impugnación debe ser de 1 (una) página de largo o menos y nosotros tenemos el derecho de archivar la impugnación en respuesta a la suya en su expediente médico. Usted también tiene el derecho a requerir que todos los documentos asociados con la corrección requerida (incluyendo la impugnación) sean transmitidos a cualquier otra parte interesada en todo momento que esa porción del expediente médico sea divulgada.

- **Derecho al Listado de Divulgaciones.** Usted tiene derecho a pedir un “listado de divulgaciones”. Este es un listado de comunicaciones sobre su salud que hemos hecho con un propósito diferente al de tratamiento, pago, operaciones diarias de oficina y un número limitado de circunstancias que involucran la seguridad nacional, instituciones correccionales y agencias del orden público. La lista tampoco incluirá aquellas divulgaciones que hayamos hecho basadas en su autorización por escrito.

Para obtener esta lista usted debe presentar una petición **por escrito** al departamento de registros médicos. Dicha petición debe incluir un periodo de tiempo que no debe exceder de 6 años. Su petición debe incluir la forma en la que desea recibir la información (por ejemplo: por escrito, electrónicamente). La primera lista que pida dentro de un período de 12 meses será gratuita. Podemos cobrar una copia por las listas adicionales que solicite. Le notificaremos el costo adicional antes para que usted decida si desea retirar o modificar su petición.

Usted tiene el derecho de ser notificado tras la difusión no autorizada de su información de salud protegida. Es nuestra intención notificar de inmediato a raíz del descubrimiento de una violación de su información de salud protegida.

- **Derecho a Pedir Restricciones:** Usted tiene el derecho a pedir una restricción o limitación en su información de salud que utilizamos o revelamos para el tratamiento, pago u operaciones de oficina. También tiene derecho a pedir una restricción o limitación en cuanto a la revelación a alguna persona que está involucrada en su cuidado o el pago del servicio médico, como un familiar o amigo. Por ejemplo: Puede pedir el no revelar información relacionada con una cirugía que haya tenido.

En la mayoría de los casos, no estamos obligados a aceptar su petición. Si estamos de acuerdo, nosotros cumpliremos con su petición a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento médico de emergencia o para ser usada y revelada debido a requerimientos legales. Usted puede revocar cualquier restricción aceptada en cualquier momento. Tal petición debe ser por escrito.

Se nos requiere que aceptemos su pedido si usted pagó por los diagnósticos, tratamientos, equipos médicos, etc. “de su bolsillo”. También se nos requiere aceptar su petición si es que este pedido no es para divulgar información acerca de su plan de seguro de salud por pagos o procesos de oficina. Si usted lo solicita, no proveemos información acerca de su salud a su plan de salud por asuntos relacionados a pagos, quizás le solicitemos que pague por completo por los servicios o equipos provistos en el momento de su cita.

Para pedir restricciones, usted puede completar y presentar una AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION con su pedido modificado al departamento de registros médicos (Medical Records Department).

- **Derecho a la Petición de Comunicaciones Confidenciales:** Usted tiene el derecho a pedir que le comuniquemos asuntos médicos de cierta forma o en determinado lugar. Por ejemplo: puede pedir que solo le llamemos a su trabajo o sólo nos comuniquemos por correo electrónico.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, puede completar y enviar el FORMULARIO DE SOLICITUD DE COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL DEL PACIENTE al Departamento de registros médicos (Medical Records Department). No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Vamos a acomodar todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

- **Derecho a revocar su autorización:** Si nos da la Autorización para usar o divulgar su información médica, puede revocar dicha Autorización, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su Autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su información por los motivos cubiertos en su Autorización por escrito en el futuro, pero no se retirará o borrará ningún uso o divulgación ya realizada con el permiso que haya dado en el pasado antes de la revocación.
- **Derecho a Obtener una Copia por Escrito de este aviso:** Usted tiene derecho a obtener una copia por escrito de este aviso en cualquier momento. Usted tiene derecho a obtener una copia por escrito aún cuando usted haya acordado recibirlo electrónicamente. (También puede encontrar copia de este aviso en nuestro sitio web.)

Para obtener dicha copia, contacte a su clínica.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho a modificar este aviso y a hacer efectivos los cambios o revisiones hechos con relación a la información sobre su salud que ya tenemos, así como también cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos un resumen del documento actual en la oficina con su fecha de vigencia en el centro superior. Usted tiene derecho a una copia del documento actualmente vigente.

Le informaremos de cualquier cambio significativo del documento. Esto podrá ser a través de nuestro boletín informativo, una señal destacada ubicada en nuestra oficina, un aviso colocado en nuestro sitio de la página web u otros medios de comunicación.

QUEJAS

Si usted cree que su derecho a la privacidad ha sido violado, usted puede presentar una queja en nuestra oficina o en la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos al:

Office for Civil Rights –Region X
U.S. Department & Human Services
2201 Sixth Avenue – Mail Stop Rx -11
Seattle, WA 98121
(206) 615-2290 (VOICE) (206) 615-2296 (TDD) (206) 615-2297 (FAX)

Para presentar una queja en nuestra oficina comuníquese con Tara Kirk, Directora de Operaciones de La Clinica, visitando su oficina ubicada en el 931 Chevy Way, Medford, OR 97504 o al teléfono (541) 535-6239. ***Usted no será sancionado por presentar una queja.***