COMUNICADO DE PRACTICAS PRIVADAS
Efectivo a partir del: 19 de Mayo, 2008

ESTE COMUNICADO DESCRIBE COMO SU INFORMACION PUEDE SER UTILIZADA Y DADA A CONOCER, ASÍ TAMBIEN DE COMO PUEDE TENER ACCESO A LA MISMA

POR FAVOR, LEALA CON MUCHO CUIDADO

Si tiene dudas a cerca de este comunicado, por favor comuníquese con Tracy Gratto al teléfono 503.546.4991

QUIEN DEBE ACATAR ESTE COMUNICADO

Este comunicado describe el procedimiento de prácticas privadas realizado por los miembros de Coalition of Community Health Clinics Organized Health Care Arrangement (OHCA), nuestros empleados y otros miembros del personal.

INFORMACION MEDICA PERSONAL

Este comunicado es aplicable a su información medica y registros tales como, su estado de salud, cuidado medico y servicios que usted recibe de los miembros de OHCA. Su información medica puede incluir toda aquella proveída por miembros de OHCA, de manera electrónica, escrita o verbal, y puede incluir información sobre su historial de salud, situación actual, síntomas, exámenes, resultados de laboratorio, diagnósticos, procedimientos, recetas, dosis, facturación y toda aquella información relacionada con su salud.

Es un requisito de ley que le proveamos esta información. Le indicará como su información médica puede utilizada y revelada, y describe sus derechos y nuestras obligaciones relacionadas con el uso y manejo de dicha información.

DE QUE MANERA PODEMOS UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACION MÉDICA

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

- **Tratamiento.** Podemos utilizar su información médica para su tratamiento. Podemos revelar esta información a los doctores, enfermeras, técnicos, personal del programa y otro tipo de personal involucrado en su cuidado.

  Por ejemplo. Si un doctor esta por tratarlo con problemas del corazón y pueda requerir su información sobre otros problemas médicos antes de iniciar con su cuidado. El doctor puede utilizar esta información para decidir que tipo de cuidado es mejor para usted. Este doctor también puede proveer su información a otro médico con el propósito de determinar de manera apropiada el tipo de cuidado a seguir para su condición.

  Personal de OHCA y sus oficinas pueden compartir y revelar información de su estado de salud con otras personas que no son miembros de OHCA con el propósito de coordinar su

cuidado médico, tal como llamar a la farmacia para que sus recetas sean proveídas, programar exámenes de laboratorio y ordenar rayos X. Familiares y otros proveedores de servicio medico pueden formar su circulo de cuidado fuera de OHCA y puede que soliciten información suya que este en nuestro poder. Su aprobación para revelar este tipo de información será requerida previa a compartirla con familiares u otros proveedores de servicio a menos que su condición médica no lo permita.

- **Pagos**. Podemos usar y revelar su información para que el tratamiento y servicios que reciba de parte de miembros de OHCA puedan ser facturados y recolectados a través del pago hecho ya sea por usted, una compañía de seguro o un tercero.

  Por ejemplo, podríamos necesitar dar información sobre un servicio que sea proveído a usted de manera que su plan de salud pueda pagarnos o pagarle a usted por el servicio. También podríamos informarle a su plan de salud sobre algún tratamiento que vaya a recibir con el fin de obtener autorización previa o para determinar si su plan pagara por dicho tratamiento.

- **Para actividades del cuidado de salud.** podríamos utilizar y revelar su información medica con el fin de administrar OHCA y asegurarnos que usted y otros pacientes reciban cuidado de calidad.

  Por ejemplo, podríamos utilizar su información médica con el objetivo de evaluar el desempeño de nuestro personal encargado de cuidarlo. Podríamos además utilizar información médica de algunos o todos nuestros pacientes para ayudarnos a decidir que otros servicios debemos ofrecer, como podemos ser mas eficientes, o sobre que tan efectivos son los nuevos tipos de tratamientos.

  Podríamos además revelar su información medica a planes de salud que le provean seguro medico u otros proveedores de salud al cuidado de usted. La información que revelemos sobre su salud a planes u otros proveedores de cuidado podría ser con el objetivo de que dichos entes puedan proveer o mejorar el servicio, reducir los costos, coordinar y administrar el cuidado médico y servicios, entrenar personal y cumplir de acuerdo con la ley.

- **Recordatorio de citas.** podríamos contactarlo para recordarle de una cita que tenga con miembros de OHCA para tratamiento o cuidado médico.

- **Tratamientos alternos.** podríamos informarle o recomendarle acerca de tratamientos médicos alternos que puedan ser de su interés.

- **Productos y servicios relacionados con el cuidado medico.** podríamos informarle sobre productos y servicios relacionados con el cuidado médico que puedan ser de su interés.

  Por favor, notifíquenos si no desea ser contactado para recordarle de sus citas o si no desea recibir información sobre tratamientos alternos o productos y servicios relacionados con el cuidado médico. Si nos informa **por escrito** (a la dirección que aparece arriba) que usted no desea recibir este tipo de información, nosotros no utilizaremos o revelaremos su información para estos propósitos.

CASOS ESPECIALES

Podríamos utilizar o revelar su información médica para los siguientes propósitos, sujetos a todos los requerimientos y limitaciones legales.

- **Prevenir un trato incorrecto o de seguridad.** Puede que usemos o compartamos su información médica cuando se necesario para prevenir un tratamiento inadecuado a su salud o seguridad, así como la salud y seguridad pública o de terceros.
- **Requerido por ley.** Revelaremos su información médica cuando sea requerido por ley federal, estatal o local.
- **Estudios de Investigación.** Puede que compartamos su información médica para proyectos de investigación que estén sujetos a un proceso especial de aprobación. Le preguntaremos por su aprobación si el investigador tendrá acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quien es usted, o que vaya a estar involucrado en su cuidado en las oficinas de OHCA. Le ofreceremos la opción de optar por permanecer fuera de cualquier estudio de investigación genético.
- **Donador de órgano o tejido.** Si usted es un donador de órgano, puede que revelemos su información a organizaciones encargadas en el procedimiento de donación y transplante de órganos, ojos, tejidos o a un banco de donación de órganos, tanto como sea necesario para facilitar tal donación y transplante.
- **Seguridad Nacional, Militar, Veterana y de Inteligencia.** Si usted es o fue un miembro de las fuerzas armadas, o forma parte de la comunidad de seguridad nacional o de inteligencia, puede que estemos obligados por orden militar o de autoridades gubernamentales a revelar su información médica. Puede que revelemos información de personal militar extranjero a las autoridades militares apropiadas de ser necesario.
- **Compensación de trabajadores.** Puede que revelemos su información médica a programas de compensación para trabajadores o similares. Estos programas proporcionan beneficios y compensaciones a trabajadores debido a enfermedades o accidentes relacionados con el trabajo.
- **Riesgo en salud publica.** Puede que revelemos su información médica por razones de salud pública con el fin de prevenir o controlar enfermedades, accidentes o deshabilidades; así como reportar nacimientos, fallecimientos, sospecha de abuso o negligencia, daños físicos no accidentales, reacciones a medicamentos o problemas con productos.
- **Negligencia médica.** Puede que revelemos su información médica a agencias auditoras en negligencia médica, investigaciones, inspecciones o propósitos de licencias. Estas acciones pueden ser requeridas por agencias federales o estatales encargadas de monitorear el sistema medico, programas de gobierno, de conformidad con la ley de derechos civiles.
- **Demandas y disputas legales.** Si esta involucrado en una demanda o disputa legal, puede que revelemos su información médica ya sea por orden judicial o administrativa. Puede que compartamos su información para responder a citaciones, sujetas a los procedimientos legales requeridos.
- **Aplicación de la ley.** Puede que compartamos su información médica si es requerida por un oficial de la ley por una orden de corte, citación, orden de arresto, citación judicial o proceso similar, sujeto a los procedimientos legales requeridos.
- **Médicos forenses o directores de defunciones.** Puede que revelemos su información médica a médicos forenses o directores de defunciones. Tal acción puede ser necesaria con el fin de identificar a una persona fallecida o determinar la causa del fallecimiento.
- **información identificada como no personal.** Puede que compartamos su información siempre y cuando no sea relaciona a identificar o revelar su identidad.

- **Familiares y amigos.** Puede que compartamos su información a familiares o amigos si llegamos a obtener su acuerdo verbal para hacerlo, o si le brindamos la oportunidad a que se oponga a tal acción de la cual no recibamos argumento alguno a oponerse de su parte. Pueda que también compartamos su información con familiares o amigos si deducimos dadas las circunstancias, y bajo nuestro juicio profesional que usted no se opondrá. Por ejemplo, puede que asumamos que usted acuerda que su información médica sea proveída a su esposa cuando ella lo acompañe a pruebas, exámenes o cuando su tratamiento sea discutido.

  En circunstancias donde usted no sea capaz de dar su autorización (ya sea porque no este presente, debido a su incapacidad o una emergencia medica), puede que usemos nuestro juicio profesional, para determinar que el revelar su información médica a un familiar o amigo sea de su interés. De ser así, solamente revelaremos información adecuada a la relación o involucramiento de este familiar o amigo en su cuidado. Por ejemplo, puede que le informemos a la persona que lo acompañe a la sala de emergencias que usted sufrió un ataque cardiaco o para reportarle su progreso después de dar un diagnostico de su estado. Puede que también usemos nuestra experiencia y juicio profesional para deducir de forma razonable que es de su completo interés permitir que otra persona actué en representación suya, por ejemplo, recoger recetas prescritas, suplementos médicos o rayos X.

OTROS USOS Y FORMAS DE REVELAR INFORMACION MÉDICA

No utilizaremos o revelaremos su información médica para otro propósito que no sea aquel identificado en la sección previa sin su debida autorización *por escrito*. Si usted nos autoriza usar o revelar su información médica, puede todavía revocar esta acción **por escrito** en cualquier momento. Si usted revoca esta autorización no utilizaremos o compartiremos su información de acuerdo a lo especificado en su previa aprobación, sin embargo no podremos cambiar las acciones tomadas previas a recibir esta revocatoria.

En ciertas circunstancias, puede que necesitemos específica autorización por escrito de su parte con el fin de compartir información especialmente protegida tal como VIH, abuso de sustancias, condición mental, información de pruebas genéticas con el propósito de tratamiento, pagos o cirugías.

SUS DERECHOS EN RELACION A INFORMACION MÉDICA

Usted goza de los siguientes derechos relacionados con información médica sobre su persona:

1. **Derecho a inspeccionar y obtener copias.** Tiene el derecho a inspeccionar y copiar su información médica, tales como registros médicos y facturas, que nosotros mantengamos y usemos en las decisiones relacionadas a su cuidado. Debe enviar una solicitud por escrito a Tracy Gratto al 619 SW 11th Ave, Portland, OR 97205 o por FAX al 503.548.4849 con el fin de copiar o inspeccionar registros de su información médica. Si usted solicita una copia de su información, puede que hagamos un cargo por los costos de copiado, envió u otro tipo de suministros. Le notificaremos sobre el precio de este cargo y usted puede escoger en retirar esta solicitud antes que cualquier cargo sea aplicado. Esta solicitud puede ser modificada para requerir un sumario de su registro médico.

   Puede que neguemos su solicitud de inspeccionar o copiar información de su registro en determinadas circunstancias. Si el acceso o a obtener copias de su registro que nosotros mantengamos de usted le es negado, puede solicitar que tal negativa sea revisada. Si por ley usted tiene el derecho a que esta negativa sea revisada, nosotros escogeremos a un medico

con licencia para que revise su solicitud y nuestra negativa. La persona conduciendo esta revisión no podrá ser la misma que haya negado su solicitud, y nosotros cumpliremos con los resultados de tal revisión.

2. **Derecho a enmendar o corregir.** Si cree que la información que tengamos de usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que corrijamos tal información. Tiene el derecho de solicitar una corrección siempre y cuando tal información este en posición de miembros de OHCA.

   Para solicitar una corrección, llene y envié un FORMULARIO DE CORRECION O ENMIENDA a Tracy Gratto al 619 SW 11th Ave., Suite 225, Portland, OR 97205 o por FAX al 503.548.4849

   Puede que su solicitud para enmendar sea negada si dicha acción no es **por escrito** o que no incluya una razón suficiente que apoye esta solicitud. Además puede que neguemos de manera parcial o total su solicitud de corregir información que:
   - Nosotros no hayamos creado, o que la persona o entidad que elaboro dicha información no este disponible para hacer tal corrección
   - No se encuentre en los registros que mantenemos
   - No le este permitido a revisar o copiar
   - O que sea precisa y completa

   Si su solicitud para una corrección le es negada total o parcialmente, tiene el derecho a impugnar dicha acción y solicitar que dicha impugnación sea realizada a la parte de su registro medico que pueda estar incorrecta. Su impugnación tiene que estar (numerada) entre más o menos de total de páginas, y tenemos el derecho a negarnos a la solicitud hecha por usted para su registro médico. También tiene el derecho a solicitar que todos los documentos asociados con la corrección solicitada (incluyendo la refutación) sea transmitida a cualquier otro interesado cada vez que parte del registro sea revelado.

3. **Derecho a un reporte sobre información revelada.** Tiene el derecho a solicitar un "reporte sobre información revelada". Esta es una lista de información revelada que nosotros hemos hecho con propósitos de tratamiento, pago, procedimientos médicos, y un número limitado de circunstancias especiales que involucren la seguridad nacional, instituciones correccionales y la aplicación de la ley. Esta lista puede excluir cualquier información revelada que hayamos hecho basados en su autorización por escrito.

   Para obtener esta lista, debe enviar una solicitud **por escrito** a Tracy Gratto al 619 SW 11th Ave., Suite 225, Portland, OR 97205 o por FAX al 503.548.4849. debe estar contenida en un periodo, el cual no podrá ser mayor de seis años y puede no incluir fechas anteriores al 14 de Abril de 2003. Su solicitud debe incluir la manera en la cual usted necesita esta lista (por ejemplo, en forma impresa o electrónica) La primera lista que solicite en un periodo entre los 12 meses iniciales será gratuita. Para listas adicionales, puede que le hagamos un cargo por proveerla. Le notificaremos sobre los costos involucrados y usted puede decir retirar dicha solicitud antes de que cualquier cargo sea efectuado.

4. **Derecho a solicitar restricciones.** Tiene el derecho a solicitar una limitación o restricción en información que nosotros usemos o revelemos en relación a tratamiento, pago u operaciones medicas sobre usted. También tiene el derecho a limitar su información a otra persona que esta

involucrada en su cuidado o que pague por ciertos servicios, tal como un familiar o amigo. Por ejemplo, puede solicitar que no revelemos información sobre una cirugía que haya tenido.

No estamos obligados a cumplir con su solicitud. Si acordamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proveerle tratamiento de emergencia o que sea requerida por ley para ser usada o revelada.

Para solicitar una restricción, puede llenar y enviar una SOLICITUD PARA LA RESTRICCION DEL USO O REVELACION DE INFORMACION MEDICA a Tracy Gratto al 619 SW 11th Ave., Suite 225, Portland, OR 97205 o por FAX al 503.548.4849.

5. **Derecho a ser contactado confidencialmente.** Tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos en cierta manera o en determinado lugar. Por ejemplo, puede solicitar que lo contactemos al trabajo o por correo solamente.

   Para solicitar ser contactado de manera confidencial debe llenar y enviar una SOLICITUD PARA LA RESTRICCION DEL USO/ REVELACION DE INFORMACION MEDICA/ COMUNICACION CONFIDENCIAL a Tracy Gratto al 619 SW 11th Ave, Portland, OR 97205 o por FAX al 503.548.4849. No se le preguntara la razón de tal solicitud. Trataremos de acomodar todas aquellas solicitudes que sean razonables. Su solicitud debe incluir de que manera o en que lugar desea ser contactado.

6. **Derecho a obtener una copia de este comunicado.** Tiene el derecho de obtener una copia de este comunicado. Puede solicitarnos una copia en cualquier momento. Aun si usted ha acordado a recibirla de manera electrónica, tiene derecho a una copia impresa. [puede además encontrar una copia de este comunicado en nuestro sitio electrónico.]

   Para obtener dicha copia, contáctese con Tracy Gratto al 619 SW 11th Ave, Portland, OR 97205 o por FAX al 503.548.4849.

CAMBIOS A ESTE COMUNICADO

Nos reservamos el derecho a cambiar este comunicado, y de hacerlo efectivo con los cambios y revisiones hechas sobre usted así como cualquier otra información que recibamos en el futuro. Se anunciara el comunicado actual [opcional: o un sumario de los cambios actuales a este comunicado] en la oficina con fecha efectiva en la esquina superior derecha. Tiene el derecho a una copia del comunicado con su respectiva fecha de aprobación.

Le informaremos sobre cualquier cambio significativo de este comunicado. Puede ser a través de nuestro boletín de noticias, un letrero apropiadamente colocado en las oficinas de miembros de OHCA, una publicación en nuestro sitio electrónico o de otra forma de comunicación.

QUEJAS **Usted no será penalizado por presentar una queja.**

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con Tracy Gratto al 619 SW 11th Ave, Portland, OR 97205 o por FAX al 503.548.4849 o con la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos a:

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)