

## **Aviso de Prácticas de Privacidad**

La Regla de Privacidad de HIPAA requiere que todas las entidades cubiertas pongan a disposición un Aviso de Prácticas de Privacidad para todas las personas. A continuación, se presenta un Aviso modelo que puede usarse como punto de partida para desarrollar un Aviso de Prácticas de Privacidad específico para cada entidad cubierta. Debe ser modificado para reflejar las prácticas de privacidad individuales de cada entidad cubierta.

Los proveedores de atención directa deben proporcionar un Aviso de Prácticas de Privacidad a cualquier paciente nuevo en el momento de su primer encuentro y están obligados a solicitar que los pacientes firmen un reconocimiento de recibo del Aviso en el momento en que se entrega. Si el paciente se niega a firmar el reconocimiento, esto debe ser anotado en el expediente médico. Los proveedores de atención directa no pueden proporcionar un Aviso resumido en el primer encuentro ni pueden proporcionar el Aviso únicamente si el nuevo paciente lo solicita.

Las entidades cubiertas deben poner el Aviso a disposición en formato impreso si se solicita. Una copia del Aviso o un resumen del mismo debe exhibirse de manera destacada en el área de atención al paciente de las instalaciones clínicas. Si las entidades cubiertas mantienen un sitio web, el Aviso debe estar disponible en el sitio web y ser fácil de localizar y acceder para cualquier persona desde el sitio web.

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.**

**POR FAVOR, LÉALO DETENIDAMENTE.**

Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con:

Westside Pediatric Clinic, P.C.  
9555 SW Barnes Rd  
Suite 270  
Portland, OR 97225  
503-297-1025

### **QUIÉNES SEGUIRÁN ESTE AVISO**

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

### **SU INFORMACIÓN DE SALUD**

Este aviso se aplica a la información y registros que tenemos sobre usted, su salud, su estado de salud, y la atención y servicios que recibe de [Nombre de la Entidad Cubierta]. Su información de salud puede incluir información creada y recibida por [Nombre de la Entidad Cubierta], puede estar en forma de registros escritos o electrónicos o palabras habladas, e incluir información sobre su historial médico, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas, actividades relacionadas con facturación y otros tipos similares de información relacionada con la salud.

Estamos obligados por ley a proporcionarle este aviso. Le informará sobre las formas en que podemos usar y divulgar información de salud sobre usted y describe sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de esa información.

### **CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED**

Podemos usar y divulgar información de salud para los siguientes propósitos:

- **Para Tratamiento.** Podemos usar información de salud sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar información de

salud sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, personal u otros profesionales que están involucrados en su cuidado.

Por ejemplo, su médico puede estar tratándolo por una afección cardíaca y necesitará saber si tiene otros problemas de salud que podrían complicar su tratamiento. El médico podría usar su historial médico para decidir cuál es el mejor tratamiento para usted. El médico también podría informar a otro médico sobre su afección para ayudar a determinar el cuidado más adecuado para usted.

Diferentes miembros del personal en nuestra organización podrán compartir información sobre usted y divulgar información a personas que no trabajan para [Nombre de la Entidad Cubierta] con el fin de coordinar su atención, como llamar recetas a su farmacia, programar trabajo de laboratorio y ordenar radiografías. Miembros de la familia y otros proveedores de atención médica podrían formar parte de su atención médica fuera de esta oficina y podrían necesitar información sobre usted que tenemos. Solicitaremos su permiso antes de compartir información de salud con su familia o amigos, a menos que no pueda dar permiso debido a su condición de salud.

- **Para Pago.** Podemos usar y divulgar información de salud sobre usted para que el tratamiento y los servicios que reciba en [Nombre de la Entidad Cubierta] puedan ser facturados y el pago pueda ser recolectado de usted, una compañía de seguros o un tercero.

Por ejemplo, podríamos necesitar proporcionar a su plan de salud información sobre un servicio que recibió aquí para que su plan de salud nos pague o le reembolse por el servicio. También podríamos informar a su plan de salud sobre un tratamiento que está por recibir para obtener aprobación previa o determinar si su plan pagará el tratamiento.

- **Para Operaciones de Atención Médica.** Podemos usar y divulgar información de salud sobre usted para operar [Nombre de la Entidad Cubierta] y asegurarnos de que usted y nuestros otros pacientes reciban atención de calidad.

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

Podríamos también divulgar su información de salud a los planes de salud que le proporcionan cobertura de seguro y a otros proveedores de atención médica que le atienden. Nuestras divulgaciones de su información de salud a planes y otros proveedores podrían ser para el propósito de ayudar a estos planes y proveedores a

proporcionar o mejorar el cuidado, reducir costos, coordinar y gestionar la atención y servicios, capacitar al personal y cumplir con la ley.

*[Si los pacientes pueden ser contactados para propósitos de recaudación de fondos]*

- Recaudación de Fondos. Podemos comunicarnos con usted para pedirle su ayuda con diferentes campañas de recaudación de fondos.
- Por favor, notifíquenos si no desea ser contactado durante las campañas de recaudación de fondos. Si nos informa por escrito (a la dirección física o de correo electrónico indicada en la parte superior de este Aviso) que no desea recibir dichas comunicaciones, no utilizaremos ni divulgaremos su información para estos fines.

### **SITUACIONES ESPECIALES**

Podemos usar o divulgar información de salud sobre usted para los siguientes propósitos, sujetos a todos los requisitos legales aplicables y limitaciones:

- **Para Evitar una Amenaza Grave para la Salud o la Seguridad.** Podemos usar y divulgar información de salud sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad o la salud y seguridad del público o de otra persona.
- **Requerido por Ley.** Divulgaremos información de salud sobre usted cuando sea requerido por ley federal, estatal o local.
- **Investigación.** Podemos usar y divulgar información de salud sobre usted para proyectos de investigación que estén sujetos a un proceso especial de aprobación. Le pediremos su permiso si el investigador tendrá acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quién es usted, o si estará involucrado en su atención en la oficina.
- **Donación de Órganos y Tejidos.** Si es donante de órganos, podemos divulgar información de salud a las organizaciones que manejan la obtención de órganos o la trasplanteación de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos según sea necesario para facilitar dicha donación y trasplante.
- **Militares, Veteranos, Seguridad Nacional e Inteligencia.** Si usted es o fue miembro de las fuerzas armadas, o parte de las comunidades de seguridad nacional o inteligencia, es posible que se nos exija, por parte del comando militar u otras autoridades gubernamentales, divulgar información de salud sobre usted. También podemos divulgar información sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.
- **Compensación para Trabajadores.** Podemos divulgar información de salud sobre usted para programas de compensación para trabajadores o programas similares. Estos programas ofrecen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Riesgos para la Salud Pública.** Podemos divulgar información de salud sobre usted por razones de salud pública para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; o informar nacimientos, defunciones, presunto abuso o negligencia,

lesiones físicas no accidentales, reacciones a medicamentos o problemas con productos.

- **Actividades de Supervisión de la Salud.** Podemos divulgar información de salud a una agencia de supervisión de la salud para auditorías, investigaciones, inspecciones o propósitos de licenciamiento. Estas divulgaciones pueden ser necesarias para que ciertas agencias estatales y federales supervisen el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- **Demandas y Disputas.** Si está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. Sujeto a todos los requisitos legales aplicables, también podemos divulgar información de salud sobre usted en respuesta a una citación.
- **Aplicación de la Ley.** Podemos divulgar información de salud si un oficial de la ley lo solicita en respuesta a una orden judicial, citación, mandato, citación judicial o proceso similar, sujeto a todos los requisitos legales aplicables.
- **Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias.** Podemos divulgar información de salud 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.
- **Información No Personalmente Identificable.** Podemos usar o divulgar información de salud sobre usted de una manera que no lo identifique personalmente ni revele quién es usted.
- **Familia y amigos**  
Podemos divulgar información de salud sobre usted a sus familiares o amigos si obtenemos su consentimiento verbal para hacerlo o si le damos la oportunidad de oponerse a dicha divulgación y no plantea ninguna objeción. También podemos divulgar información de salud a sus familiares o amigos si podemos inferir, a partir de las circunstancias y basándonos en nuestro juicio profesional, que usted no se opondría. Por ejemplo, podemos asumir que está de acuerdo con la divulgación de su información personal de salud a su cónyuge cuando lo trae consigo a la sala de examen o al hospital durante un tratamiento o mientras se discute su tratamiento.

En situaciones en las que usted no sea capaz de dar su consentimiento (porque no está presente o debido a una incapacidad o emergencia médica), podemos, utilizando nuestro juicio profesional, determinar que una divulgación a su familiar o amigo es lo mejor para usted. En esa situación, solo divulgaremos la información de salud que sea relevante para la participación de esa persona en su cuidado. Por ejemplo, podemos informar a la persona que lo acompañó a la sala de emergencias que sufrió un ataque al corazón y proporcionar actualizaciones sobre su progreso y pronóstico. También podemos usar nuestro juicio profesional y experiencia para hacer inferencias razonables de que es lo mejor para usted permitir que otra persona actúe en su nombre para recoger, por ejemplo, recetas médicas, suministros médicos o radiografías.

## **OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD**

No utilizaremos ni divulgaremos su información de salud para ningún propósito que no esté identificado en las secciones anteriores sin su Autorización específica y por escrito. Ejemplos de divulgaciones que requieren su autorización incluyen divulgaciones a su pareja, su cónyuge, sus hijos y su asesor legal.

[Incluya lo siguiente si corresponde]

Tampoco utilizaremos ni divulgaremos su información de salud para los siguientes propósitos sin su Autorización específica y por escrito:

- **Con fines de marketing.** Esto no incluye la comunicación directa cara a cara sobre productos o servicios que puedan beneficiarlo ni sobre medicamentos que ya le hayan sido recetados.
- **Con el propósito de vender su información de salud.** Podríamos recibir un pago por compartir su información, por ejemplo, para fines de salud pública, investigación y entregas a usted o a otras personas que usted autorice, siempre y cuando el pago sea razonable y esté relacionado con el costo de proporcionar su información de salud.
- **Cualquier divulgación de sus notas de psicoterapia.** Estas son las notas que su proveedor de salud mental mantiene para registrar sus citas y que no se almacenan con su expediente médico.

Si nos otorga una Autorización para usar o divulgar información de salud sobre usted, puede revocar esa Autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su Autorización, ya no utilizaremos ni divulgaremos información sobre usted por las razones cubiertas por su Autorización escrita, pero no podemos retractar los usos o divulgaciones que ya se hayan realizado con su permiso.

En algunos casos, podríamos necesitar una autorización específica y por escrito de su parte para divulgar ciertos tipos de información especialmente protegida, como información sobre VIH, abuso de sustancias, salud mental y pruebas genéticas, para fines como tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

## **USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN QUE LE DEMOS LA OPORTUNIDAD DE OPONERSE**

A menos que se oponga, podemos divulgar su Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano u otra persona que usted identifique, si esa información está directamente relacionada con la participación de esa persona en su atención médica. Si usted no puede aceptar u oponerse a dicha divulgación, podemos divulgar dicha información según sea necesario si determinamos, basándonos en nuestro juicio profesional, que es en su mejor interés.

Podemos divulgar su Información de Salud Protegida a organizaciones de socorro en casos de desastre que necesiten su información para coordinar su atención o para notificar a su familia y amigos sobre su ubicación o condición durante un desastre. Le brindaremos la oportunidad de aceptar u oponerse a dicha divulgación siempre que sea factible hacerlo.

## **SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED**

Usted tiene los siguientes derechos en relación con la información de salud que mantenemos sobre usted:

- **Derecho a inspeccionar y copiar.**

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud, como registros médicos y de facturación, que utilizamos para tomar decisiones sobre su atención. Debe enviar una solicitud por escrito al [funcionario/designado de privacidad/persona de contacto] para inspeccionar y/o copiar los registros de su información de salud. Si solicita una copia de la información, es posible que le cobremos una tarifa por los costos de copiado, envío por correo u otros suministros relacionados. Le notificaremos sobre los costos involucrados, y usted podrá optar por retirar o modificar su solicitud antes de que se incurra en cualquier costo. Una solicitud modificada puede incluir pedir un resumen de su expediente médico.

Si solicita ver una copia de su información de salud, no se le cobrará por inspeccionar dicha información. Si desea inspeccionar su información de salud, envíe su solicitud por escrito al [funcionario/designado de privacidad/persona de contacto]. También tiene derecho a solicitar una copia de su información de salud en formato electrónico si la almacenamos electrónicamente.

En ciertas circunstancias limitadas, podemos denegar su solicitud para inspeccionar y/o copiar su expediente o partes del mismo. Si se le niegan copias o el acceso a la información de salud que mantenemos sobre usted, puede solicitar que nuestra negativa sea revisada. Si la ley le otorga el derecho de que nuestra negativa sea revisada, seleccionaremos a un profesional de atención médica autorizado para que revise su solicitud y nuestra negativa. La persona que realice la revisión no será la misma que haya denegado su solicitud, y cumpliremos con el resultado de la revisión.

### **Derecho a Modificar.**

Si considera que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitar una modificación. Tiene derecho a solicitar una modificación siempre que la información sea mantenida por [Nombre de la Entidad Cubierta].

Para solicitar una modificación, complete y envíe un formulario de modificación/corrección de expediente médico al [funcionario/designado de privacidad/persona de contacto].

Podemos denegar su solicitud de modificación si no está por escrito o si no incluye una razón para respaldar la solicitud. Además, podemos denegarla parcial o totalmente si solicita modificar información que:

- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la modificación.
- No forma parte de la información de salud que mantenemos.
- No está autorizada para inspeccionar o copiar.
- Es precisa y completa.

Si denegamos o parcialmente denegamos su solicitud, tiene derecho a presentar una refutación y solicitar que se incluya como parte de su expediente médico. Su refutación debe tener un máximo de (número) de páginas, y tenemos derecho a incluir una respuesta a su refutación en su expediente médico. También tiene derecho a solicitar que todos los documentos relacionados con la solicitud de modificación (incluida la refutación) se transmitan a cualquier otra parte cada vez que se divulgue esa parte del expediente médico.

#### **Derecho a un Listado de Divulgaciones.**

Usted tiene derecho a solicitar un "listado de divulgaciones," que es una lista de las divulgaciones de su información médica que hemos realizado para propósitos distintos al tratamiento, pago, operaciones de atención médica, cuando hayan sido específicamente autorizadas por usted, y en un número limitado de circunstancias especiales que involucran seguridad nacional, instituciones correccionales y agencias de aplicación de la ley.

Para obtener esta lista, debe enviar su solicitud por escrito al [funcionario/designado de privacidad/persona de contacto]. La solicitud debe especificar un período de tiempo, que no puede exceder los seis años. También debe indicar en qué formato desea recibir la lista (por ejemplo, en papel o electrónicamente). La primera lista que solicite en un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle los costos asociados con la preparación de la lista. Le notificaremos sobre los costos involucrados, y usted podrá retirar o modificar su solicitud antes de que se incurra en dichos costos.

#### **Derecho a Solicitar Restricciones.**

Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en la información de salud que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar una limitación en la información de salud que divulgamos sobre usted a alguien involucrado en su atención o el pago de la misma, como

un familiar o amigo. Por ejemplo, puede solicitar que no divulguemos información sobre una cirugía que se realizó.

No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud, a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia o estemos obligados por ley a usar o divulgar la información.

Estamos obligados a aceptar su solicitud si usted paga de su bolsillo por tratamientos, servicios, suministros o medicamentos recetados y solicita que la información no sea comunicada a su plan de salud para fines de pago u operaciones de atención médica. Sin embargo, puede haber instancias en las que estemos obligados por ley a divulgar esta información.

**Para solicitar restricciones**, puede completar y enviar el formulario de **Solicitud de Restricción sobre el Uso/Divulgación de Información Médica** al [funcionario/designado de privacidad/persona de contacto].

#### **Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales.**

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una manera específica o en un lugar específico. Por ejemplo, puede pedir que solo lo contactemos en su trabajo o por correo.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, puede completar y enviar el formulario de **Solicitud de Restricción sobre el Uso/Divulgación de Información Médica y/o Comunicación Confidencial** al [funcionario/designado de privacidad]. No le preguntaremos la razón de su solicitud. Atenderemos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

#### **Derecho a una Copia en Papel de este Aviso.**

Tiene derecho a una copia en papel de este aviso. Puede pedirnos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibirlo de forma electrónica, sigue teniendo derecho a una copia en papel. [También puede encontrar una copia de este Aviso en nuestro sitio web.]

Para obtener una copia, comuníquese con nuestro administrador de la práctica.

#### **CAMBIOS A ESTE AVISO**

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y de hacer que el aviso revisado o modificado sea efectivo para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. {Si es un proveedor de atención directa: Publicaremos el aviso actual en nuestra(s) ubicación(es) con la fecha de vigencia en la esquina superior derecha. Usted tiene derecho a una copia del aviso que esté vigente.

Le informaremos sobre cualquier cambio significativo en este Aviso. Esto puede hacerse a través de nuestro boletín informativo, un aviso colocado prominentemente en nuestra(s) ubicación(es), un aviso publicado en nuestro sitio web u otros medios de comunicación.

### **VIOLACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD**

Le informaremos si hay una violación de su información de salud no protegida.

### **QUEJAS**

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nuestra oficina o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) en:

[Incluya la dirección de contacto del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos o un enlace a su sitio web para presentar quejas].

No se le penalizará ni se tomarán represalias en su contra por presentar una queja.

Office for Civil Rights Region X - Seattle (Alaska, Idaho, Oregon, Washington)  
U.S. Department of Health & Human Services  
2201 Sixth Avenue - M/S: RX-11  
Seattle, WA 98121-1831  
Voice Phone (206)615-2290  
FAX (206)615-2297  
TDD (206)615-2296

**No se le penalizará por presentar una queja.**