



Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar información médica sobre usted y cómo usted puede obtener acceso a esta información.
Revíselo con atención.

Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene determinados derechos. En esta sección, se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades de ayudarlo.

A obtener una copia electrónica o impresa de su registro médico

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su registro médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, normalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podríamos cobrar una tarifa razonable basada en los costos.
- Las solicitudes se presentan por escrito. Solicite un formulario al personal.

A solicitarnos que corriamos su registro médico

- Puede solicitarnos que corriamos su información de salud que usted piense que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podríamos responder que “no” a su solicitud, pero le diremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.
- Las solicitudes se presentan por escrito. Solicite un formulario al personal.

A solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, a su teléfono particular o laboral) o que le enviemos correos a otra dirección.
- Responderemos que “sí” a todas las solicitudes razonables.
- Las solicitudes se presentan por escrito. Solicite un formulario al personal.

continúa en la página siguiente

Sus derechos *continuación*

A solicitarnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede solicitarnos que **no** usemos o compartamos determinada información de salud con fines de tratamiento, pago o nuestras operaciones.
 - No tenemos la obligación de aceptar su solicitud y podemos responder que “no” si se vería afectada su atención.
- Si usted paga la totalidad de un servicio o un producto de atención médica de su bolsillo, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el fin de obtener el pago o realizar nuestras operaciones con su compañía de seguros de salud.
 - Responderemos que “sí”, salvo que una ley nos exija compartir esa información.
- Las solicitudes se presentan por escrito. Solicite un formulario al personal.

A obtener una lista de las personas con las que hayamos compartido información

- Puede solicitar una lista (rendición de cuentas) de las veces que hayamos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quiénes la hayamos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, salvo aquellas con respecto a tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y determinadas otras divulgaciones (como cualquier otra que usted nos pida que hagamos). Le daremos una rendición de cuentas por año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si nos pide otra dentro de un plazo de 12 meses.
- Las solicitudes se presentan por escrito. Solicite un formulario al personal.

A obtener una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aunque haya aceptado recibirlo por medios electrónicos. Le proporcionaremos de forma oportuna una copia impresa.

A elegir a una persona que lo represente

- Si le ha dado a alguien un poder de representación para decisiones de atención médica o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en representación de usted antes de que tomemos cualquier medida.

A presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Puede quejarse si considera que hemos violado sus derechos comunicándose con el
 - funcionario de privacidad al 541-492-0129.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus preferencias

Para determinada información de salud, puede decirnos lo que prefiere con respecto a lo que compartimos. Si tiene una clara preferencia con respecto al modo en que compartimos su información en las situaciones que se describen abajo, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus indicaciones.

En estos casos, tiene el derecho y la opción de decirnos lo siguiente:

- Que compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas que participan en su atención, o con alguien que ayude a pagar su atención.
- Que compartamos información en una situación de ayuda ante catástrofes.
- Que nos comuniquemos con usted por esfuerzos de recaudación de fondos.

Por ejemplo, podemos suponer que usted acepta que compartamos su información con su cónyuge cuando viene con usted a la sala de examen o mientras se habla sobre el tratamiento. Si usted no puede decirnos lo que prefiere, por ejemplo, si está inconsciente, podríamos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted.

También podríamos compartir su información cuando sea necesario para mitigar una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información, salvo que nos dé su permiso por escrito:

- Para cuestiones de marketing
- Para vender su información
- En la mayoría de las notas de psicoterapia que se comparten
- Para otros usos y divulgaciones que no se describen en este aviso

En el caso de recaudación de fondos:

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

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud? Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Para brindarle tratamiento

- Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le estén brindando tratamiento.

Ejemplo: Un proveedor que le esté brindando tratamiento por una lesión le pregunta a otro proveedor por su estado de salud en general.

Para dirigir nuestra organización

- Podemos usar y compartir su información de salud para dirigir nuestro consultorio, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Usamos su información de salud para administrar su tratamiento y sus servicios.

Para facturar sus servicios

- Podemos usar y compartir su información de salud para facturar a planes de salud u otras entidades y obtener el pago de estos.

Ejemplo: Damos información sobre usted a su plan de seguro de salud, para que este pague los servicios que usted recibió.

continúa en la página siguiente

Nuestros usos *continuación*

Socios comerciales	<ul style="list-style-type: none">Podemos celebrar contratos con socios comerciales (BA, por sus siglas en inglés) para que realicen determinadas funciones o actividades en nuestro nombre. Estos BA deben aceptar proteger su información de salud.	Ejemplo: Actividades jurídicas, de facturación, de transcripción, de asesoramiento, de servicio de hospedaje de registros médicos electrónicos (EMR, por sus siglas en inglés).
Recordatorios de citas	<ul style="list-style-type: none">Su información nos permite comunicarnos con usted por citas para tratamiento u otra atención médica que pueda necesitar.	Ejemplo: Para comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita o informarle sobre un cambio.
Para ofrecer alternativas a tratamientos y servicios	<ul style="list-style-type: none">En algunos casos, la ley nos permite comunicarnos con usted.	Ejemplo: Para describir nuestros servicios; para su tratamiento; para administración de casos y coordinación de la atención; para recomendar opciones de tratamiento disponibles.
Intercambios de información de salud	<ul style="list-style-type: none">Participamos en varios intercambios de información de salud por Internet. Su información de salud se comparte para proporcionar acceso más rápido, una mejor coordinación de la atención y para ayudar a los proveedores y a los funcionarios de salud pública a tomar decisiones más informadas. Puede optar por no participar en un intercambio de información de salud (HIE, por sus siglas en inglés) firmando un formulario de exclusión. Pídale al personal que se comunique con el funcionario de privacidad.	Ejemplo: OCHIN Care Collaborative, EPIC Care Everywhere, Reliance.
Tipos específicos de información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés)	<ul style="list-style-type: none">Hay requisitos más estrictos para el uso y la divulgación de algunos tipos de información de salud. Sin embargo, igualmente hay situaciones en las que estos tipos de información se pueden usar o compartir sin su autorización.Si usted es cliente de uno de nuestros programas de tratamiento de consumo de sustancias de conformidad con el Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés), Parte 2, consulte el "Aviso para los pacientes sobre los requisitos federales de confidencialidad en virtud del Título 42 del CFR, Parte 2" para obtener más información.Si usted es cliente de un programa de tratamiento de consumo de sustancias de la Parte 2, no divulgaremos su información sin su autorización, salvo que lo permita la ley.	Ejemplo: Información sobre trastorno por consumo de sustancias, salud mental y pruebas de VIH o genéticas.
Organizaciones de atención coordinada (CCO, por sus siglas en inglés)	<ul style="list-style-type: none">Si usted está asegurado por una CCO que trabaja con Oregon Health Plan, hay veces que debemos compartir su información de salud por motivos generales, como prestación de servicios, coordinación de la atención, servicios de transición y pagos.Si la información incluye registros de la Parte 2, obtendremos su autorización.	Ejemplo: Umpqua Health Alliance (UHA), All Care, Advanced Health.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud? Podemos o debemos compartir su información de otras maneras, por lo general de maneras que contribuyan al bien público, como para salud pública e investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones establecidas por ley antes de poder compartir su información con estos fines. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudar con cuestiones de salud pública y seguridad	<ul style="list-style-type: none"> Podemos compartir su información de salud en determinadas situaciones, como las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Prevenir enfermedades Ayudar con retiros de productos del mercado Informar reacciones adversas a medicamentos Reportar presuntos casos de abuso, negligencia o violencia doméstica Prevenir o mitigar una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona
Hacer investigaciones	<ul style="list-style-type: none"> Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.
Cumplir con la ley	<ul style="list-style-type: none"> Compartiremos su información si las leyes federales o estatales lo exigen, lo que incluye al Departamento de Salud y Servicios Humanos, si quieren ver que estemos cumpliendo con la ley de privacidad federal.
Aplicación de la ley	<ul style="list-style-type: none"> Podemos compartir información de salud con funcionarios autorizados para fines de aplicación de la ley (por ejemplo: para responder a una orden de requisa, denunciar un delito en nuestras instalaciones o contra nuestro personal, o ayudar a identificar o encontrar a una persona).
Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos	<ul style="list-style-type: none"> Podemos compartir su información de salud con organizaciones que se dedican a la obtención de órganos.
Trabajar con un examinador médico o director de funeraria	<ul style="list-style-type: none"> Podemos compartir información de salud con un médico forense, examinador médico o director de funeraria cuando una persona muere.
Responder a solicitudes de compensación de trabajadores, aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales	<ul style="list-style-type: none"> Podemos usar o compartir su información de salud: <ul style="list-style-type: none"> Para reclamos por compensación de trabajadores Con fines de aplicación de la ley o con un funcionario de aplicación de la ley Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial
Responder a demandas y acciones legales	<ul style="list-style-type: none"> Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Tenemos la obligación por ley de mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de forma oportuna si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos regirnos por las obligaciones y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y darle una copia de este.
- No usaremos ni compartiremos su información de una manera que no se describa aquí, salvo que usted nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si usted nos da su permiso, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Avísenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios en los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestro consultorio y en nuestro sitio web.

Fecha de entrada en vigencia del aviso: 3/2/2023

Este Aviso de prácticas de privacidad se aplica a todos los servicios, programas y centros de Adapt Integrated Health Care.

Los servicios, programas y centros de Adapt Health que se indican arriba pueden compartir su información de salud protegida entre sí. Lo harían para brindarle atención médica de calidad, pagar su atención y llevar a cabo nuestras operaciones. Adapt tiene el compromiso de brindar atención de alta calidad en todos los servicios integrados de salud, recuperación, apoyo y prevención. Por este motivo, podemos usar y compartir su información entre estos programas, para tomar decisiones sobre su atención y tratamiento, y planificarlos. También podemos usarla para derivarlo a otros proveedores de atención médica para que reciba atención y tratamiento, y hacer interconsultas, coordinar y administrar su atención con estos.

Adapt es parte de un arreglo organizado de atención médica que incluye participantes en OCHIN. Hay una lista actual de los participantes de OCHIN disponible en www.ochin.org como socio comercial de Adapt Oregon. OCHIN brinda tecnología de la información y servicios relacionados a Adapt y otros participantes de OCHIN. OCHIN también participa en evaluaciones de calidad de Adapt Oregon y actividades de mejora en nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina actividades de revisión clínica en nombre de organizaciones participantes para establecer estándares de mejores prácticas y evaluar beneficios clínicos que podrían obtenerse del uso de sistemas electrónicos de registros de salud. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar de manera colaborativa para mejorar la gestión de remisiones de pacientes internos y externos. Su información de salud personal puede ser compartida por Adapt Oregon con otros participantes de OCHIN o en un intercambio de información de salud solo cuando sea necesario para brindar tratamiento médico o para fines de operaciones de atención médica del arreglo organizado de atención médica. La operación de atención médica puede incluir, entre otras cosas, geocodificar su lugar de residencia para mejorar los beneficios clínicos que usted recibe. La información de salud personal puede incluir información médica pasada, presente y futura, así como información delineada en las Reglas de Privacidad. La información, en la medida divulgada, será divulgada de manera coherente con las Reglas de Privacidad o cualquier otra ley aplicable según se enmienden ocasionalmente. Usted tiene derecho a cambiar de opinión y revocar este consentimiento; sin embargo, puede que la información ya haya sido brindada conforme a lo permitido por usted. Este consentimiento permanecerá en vigencia hasta que usted lo revoque por escrito. En caso de solicitarlo, se le brindará una lista de entidades a las que se ha divulgado su información.

La información personal puede incluir información de salud pasada, presente y futura, así como información delineada en las Reglas de Privacidad. La información, en la medida divulgada, será divulgada de manera coherente con las Reglas de Privacidad o cualquier otra ley aplicable según se enmienden ocasionalmente. Usted tiene derecho a cambiar de opinión y revocar este consentimiento; sin embargo, puede que la información ya haya sido brindada conforme a lo permitido por usted. Este consentimiento permanecerá en vigencia hasta que usted lo revoque por escrito. En caso de solicitarlo, se le brindará una lista de entidades a las que se ha divulgado su información.

Adapt
PO Box 1121
Roseburg, Oregon 97470
<https://www.adaptoregon.org/>
Número de contacto del funcionario de privacidad: 541-492-0129

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos tengo determinados derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. También entiendo que Adapt tiene derecho a cambiar su Aviso de prácticas de privacidad periódicamente.

Este Aviso describe en detalle cómo Adapt podría usar o divulgar mi información de salud protegida. El Aviso también describe mis derechos y las obligaciones de Adapt con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que también tengo derecho a revisar el Aviso antes de firmar este reconocimiento y que en cualquier momento puedo comunicarme con Adapt para obtener una copia actual impresa o electrónica, o puedo revisar la copia actual en línea en el sitio web de Adapt.

Al firmar este formulario, también reconozco que la información médica recopilada en Adapt Integrated Health Care se almacenará en un sistema electrónico de registro médico y se mantendrá de forma segura de acuerdo con las reglamentaciones estatales y federales.

Firma del paciente/tutor o representante personal

Fecha

Nombre en letra de imprenta del paciente/tutor o representante personal

Relación con el paciente

SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo porque:

- La persona se negó a firmar
- Las barreras de comunicación impidieron obtener el acuse de recibo
- Una emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo
- Otro (especifique):

Firma del personal de Adapt: _____