



**Su información.  
Sus derechos.  
Nuestras responsabilidades.**

En este aviso se describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder a ella. Léalo cuidadosamente.

## Sus derechos

**En cuanto a su información de salud, usted tiene ciertos derechos.** En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

**Obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico.**

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o en papel de su expediente 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 en los 30 días siguientes a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos.

- Las solicitudes se presentan por escrito. Solicite un formulario al personal

**Solicitar que corrija su expediente médico**

- Puede solicitar que corrija la información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.

- Podemos negarnos a su solicitud, pero le explicaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

- Las solicitudes se presentan por escrito. Solicite un formulario al personal

**Solicitar comunicaciones confidenciales**

- Puede solicitar que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o de la oficina) o que enviemos correspondencia a una dirección diferente.

- Aceptaremos a todas las peticiones razonables.

- Las solicitudes se presentan por escrito. Solicite un formulario al personal.

## Sus derechos *continuación*

### Solicitar que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede solicitarnos que **no** usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamientos, pagos u operaciones.
  - No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos negarnos si esto afectaría su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por su cuenta y en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información para fines de pago u operaciones con su seguro de salud.
  - Aceptaremos a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.
- Las solicitudes se presentan por escrito. Solicite un formulario al personal

### Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (recuento) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años previos a la fecha en que lo solicite, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como aquellas que nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un recuento al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si solicita otra en un plazo de 12 meses.
- Las solicitudes se presentan por escrito. Solicite un formulario al personal

### Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le enviaremos una copia en papel lo antes posible.

### Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si ha otorgado a alguien un poder médico 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 su nombre antes de emprender cualquier acción.

### Presentar una queja si considera que se han violado sus derechos

- Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos comunicándose con el
  - oficial 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 EE. UU. 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/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)
- No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

## Sus opciones

**Para cierta información de salud, puede informarnos sus preferencias sobre lo que compartimos.** Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos lo siguiente:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención o alguien que ayude a pagar por su atención.
- Compartir información en una situación de ayuda en caso de desastre.
- Contactarlo para recaudar fondos.

*Por ejemplo, podemos suponer que está de acuerdo con que compartamos su información con su cónyuge cuando lo acompañe al consultorio o mientras se discute el tratamiento. Si no puede indicarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para su bienestar.*

*También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*

En estos casos, *nunca* compartimos su información a menos que nos dé su permiso por escrito:

- Fines comerciales
- Venta de su información
- La mayoría de las notas de psicoterapia
- Otros usos y divulgaciones no descritos en este aviso

En el caso de la recaudación de fondos:

- Podemos contactarlo para recaudar fondos, pero puede decirnos que no lo contactemos nuevamente.

## Nuestros usos y divulgaciones

**¿Cómo solemos utilizar o compartir su información de salud?** Normalmente, usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

**Brindarle atención**

- Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

***Ejemplo:** un médico que lo está tratando por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.*

**Dirigir nuestra organización**

- Podemos usar y compartir su información de salud para gestionar nuestro consultorio, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario.

***Ejemplo:** utilizamos su información de salud para gestionar su tratamiento y servicios.*

**Facturar por sus servicios**

- Podemos utilizar y compartir su información de salud para facturar y obtener pagos de planes de salud u otras entidades.

***Ejemplo:** damos información sobre usted a su plan de seguro de salud para que pague por sus servicios.*

## Nuestros usos y divulgaciones

<b>Socios comerciales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Podemos contratar asociados comerciales (AC) para realizar ciertas funciones o actividades en nuestro nombre. Estos asociados comerciales deben comprometerse a proteger su información de salud.</li></ul>	<i>Ejemplo: actividades legales, facturación, transcripción, consultoría, alojamiento de EMR.</i>
<b>Recordatorio de citas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Sus datos nos permiten ponernos en contacto con usted para agendar citas para tratamientos u otro tipo de atención de salud que pueda necesitar.</li></ul>	<i>Ejemplo: para contactarlo como recordatorio de que tiene una cita o para comunicarle un cambio.</i>
<b>Ofrecer alternativas de tratamiento y servicios</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>En algunos casos, la ley nos permite ponernos en contacto con usted.</li></ul>	<i>Ejemplo: para describir nuestros servicios; para su tratamiento; para la gestión de casos y la coordinación de cuidados; para recomendar opciones de tratamiento disponibles.</i>
<b>Intercambios de información de salud</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Participamos en múltiples intercambios de información de salud por Internet. El compartir su información de salud tiene como objetivo proporcionar un acceso más rápido, una mejor coordinación de la atención, y asistir a los médicos y funcionarios de salud pública en la toma de decisiones más informadas. Para no participar en un intercambio de información de salud, firme un formulario de exclusión. Pida al personal que contacte al oficial de privacidad.</li></ul>	<i>Ejemplo: OCHIN Care Collaborative, EPIC Care Everywhere, Reliance</i>
<b>Tipos específicos de información de salud protegida (PHI)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Existen requisitos más estrictos para usar y compartir de ciertos tipos de información de salud. Sin embargo, sigue habiendo situaciones en las que este tipo de información puede utilizarse o compartirse sin su autorización.</li></ul>	<i>Ejemplo: información sobre trastornos por consumo de sustancias, salud mental y VIH, o pruebas genéticas.</i>
<b>Título 42 del Código de Regulaciones Federales, Parte 2 Tratamiento por el consumo de sustancias</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Con un consentimiento único firmado, podemos usar y compartir su información para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. Cualquier registro que se divulgue bajo este consentimiento puede ser divulgado nuevamente por esa entidad sin su consentimiento por escrito, en la medida en que las regulaciones de la HIPAA permitan dicha divulgación.</li><li>También podemos utilizar y compartir su información sin consentimiento escrito para la comunicación dentro de nuestros programas y administración de la parte 2; delitos en nuestras instalaciones o contra el personal del programa; informes de sospecha de abuso y negligencia de un niño o adulto vulnerable; informe a la FDA con motivos para creer que la salud de una persona puede estar amenazada por un producto bajo la jurisdicción de la FDA; investigación científica; auditorías de gestión, auditorías financieras y evaluación de programas; divulgaciones para la salud pública; o en caso de emergencia médica de buena fe.</li></ul>	<i>Ejemplo: con un consentimiento único firmado, un proveedor de tratamiento por el consumo de sustancias puede discutir su tratamiento con su médico.</i>  <i>Ejemplo: si está experimentando una emergencia médica genuina, podemos proporcionarle a la sala de emergencias la información pertinente sobre su tratamiento o medicamentos para ayudar con su atención.</i>

- De lo contrario, si usted es un cliente en un programa de tratamiento de consumo de sustancias en virtud de la Parte 2, no divulgaremos su información sin su autorización.
- Los registros, o el testimonio que transmita el contenido de dichos registros, no serán utilizados ni divulgados en ningún procedimiento civil, administrativo, penal o legislativo en contra de un paciente, a menos que se base en un consentimiento escrito específico o una orden judicial después de que se haya notificado y brindado la oportunidad de ser escuchado al paciente o al titular del registro. Una orden judicial que autorice el uso o la divulgación debe ir acompañada de una citación o de otro mandato legal similar que obligue a la divulgación antes de que el registro sea utilizado o divulgado.

---

**Organizaciones de atención coordinada (CCO)**

- Si está asegurado por una CCO con el Plan de Salud de Oregón, hay momentos en los que debemos compartir su información de salud para fines generales, como la prestación de servicios, la coordinación de la atención, los servicios de transición y el pago.
- Si la información incluye registros de la Parte 2, obtendremos su autorización.

*Ejemplo: Umpqua Health Alliance (UHA), All Care, Advanced Health*

---

**Privacidad de la salud reproductiva**

- Puede haber ocasiones en las que usemos o divulguemos su PHI relacionada con su atención de salud reproductiva para fines permitidos por la norma de privacidad, siempre que la solicitud de uso o divulgación de la PHI **no** se realice para investigar o imponer responsabilidad a una persona por el simple hecho de buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención de salud reproductiva.

*Ejemplo: viajó desde otro estado para recibir atención de salud reproductiva, como un aborto, que es legal en el estado de Oregón.*

---

**¿De qué otras formas solemos utilizar o compartir su información de salud?** Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras formas, por lo general, de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines.

Para obtener más información, consulte <https://www.hhs.gov/hipaa/index.html>

---

**Ayuda en cuestiones de salud y seguridad públicas**

- Podemos compartir información de salud sobre usted en determinadas situaciones, por ejemplo:
  - Prevención de enfermedades
  - Asistencia con el retiro de productos
  - Informe de reacciones adversas a medicamentos
  - Informe de abuso, negligencia o violencia doméstica sospechados
  - Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

---

**Investigación**

- Podemos utilizar o compartir su información para investigaciones de salud.

---

**Cumplir con la ley**

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea verificar que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.
-

<b>Aplicación de la ley</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podremos compartir información de salud con funcionarios autorizados para fines policiales (por ejemplo, para responder a una orden de registro, denunciar un delito en nuestras instalaciones o contra nuestro personal, o ayudar a identificar o localizar a alguien).</li> </ul>
<b>Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.</li> </ul>
<b>Trabajar con un médico forense o un director de funeraria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos compartir información de salud con un forense, médico forense o director de funeraria cuando fallece una persona.</li> </ul>
<b>Atender solicitudes de compensación laboral, aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos utilizar o compartir información de salud sobre usted: <ul style="list-style-type: none"> <li>Para obtener una compensación laboral</li> <li>Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario de la ley</li> <li>Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley</li> <li>Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial</li> </ul> </li> </ul>
<b>Responder a demandas y acciones legales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.</li> </ul>

## Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos con prontitud si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso, y proporcionarle una copia.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la aquí descrita a menos que nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganoslo saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte <https://www.hhs.gov/hipaa/index.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 previa solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

*Fecha de vigencia del aviso: 01/ENE/2025*

### **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 mencionados arriba pueden compartir su información de salud protegida entre sí. Lo harían para brindarle atención médica de calidad, pagar por su atención y llevar a cabo nuestras operaciones. Adapt se compromete a proporcionar una atención de alta calidad en toda la gama de servicios integrados de salud, recuperación, apoyo y prevención. Por esta razón, podemos utilizar y compartir su información entre estos programas con el fin de tomar decisiones, y planificar su atención y tratamiento. También podemos usarla para referir, consultar, coordinar y gestionar junto con otros proveedores de atención médica para su atención y tratamiento.

Adapt forma parte de un arreglo organizado de atención médica que incluye a los participantes en OCHIN. Una lista actual de los participantes de OCHIN está disponible en [www.ochin.org](http://www.ochin.org). Como asociado comercial de Adapt, OCHIN proporciona tecnología de la información y servicios relacionados a Adapt y a otros participantes de OCHIN. OCHIN también participa en actividades de evaluación y mejora de calidad de Adapt Oregon en nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer normas de buenas prácticas y evaluar los beneficios clínicos que pueden derivarse del uso de sistemas de expedientes médicos electrónicos. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar de manera colaborativa para mejorar la gestión de las derivaciones internas y externas de pacientes. Su información personal de salud puede ser compartida por Adapt Oregon con otros participantes de OCHIN o con un intercambio de información de salud solo cuando sea necesario para el tratamiento médico o para los fines de operaciones de atención médica del arreglo de atención médica organizado. Las operaciones de atención médica pueden incluir, entre otras cosas, la geolocalización de su residencia para mejorar los beneficios clínicos que recibe. La información de salud personal puede incluir información médica pasada, presente y futura, así como la información descrita en las normas de privacidad. La información, en la medida en que se divulgue, se divulgará de conformidad con las normas de privacidad o cualquier otra ley aplicable, según se modifiquen ocasionalmente. Usted tiene derecho a cambiar de opinión y retirar este consentimiento; sin embargo, es posible que la información ya se haya divulgado según lo que había permitido. Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que lo revoque por escrito. Si se solicita, se le proporcionará una lista de las entidades a las que se ha divulgado su información.

La información personal puede incluir datos de salud pasados, presentes y futuros, así como información detallada en las normas de Privacidad. La información, en la medida en que se divulgue, se divulgará de conformidad con las normas de privacidad o cualquier otra ley aplicable, según se modifiquen ocasionalmente. Usted tiene derecho a cambiar de opinión y retirar este consentimiento; sin embargo, es posible que la información ya se haya divulgado según lo que había permitido. Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que lo revoque por escrito. Si se solicita, se le proporcionará una lista de las entidades a las que se ha divulgado su información.

---

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