



AVISO DE PRACTICA DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

I. Quienes somos nosotros

Este aviso le brinda información acerca de las prácticas de privacidad de Clatsop Behavioral Healthcare (CBH). Los contratos de CBH con las Adicciones y la División de Salud Mental del Departamento de Asistencia Médica, Autoridad de Salud de Oregón para proporcionar beneficios de salud mental a las personas que reciben servicios en el marco del Plan de Salud de Oregon.

II. Nuestra Poliza de Obligaciones

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información médica ("Información Protegida de Salud " o "PHI") y para proporcionarle este Aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica protegida. Cuando usamos o divulgamos su información médica protegida, estamos obligados a cumplir con los términos de este Aviso (u otro aviso vigente al momento del uso o de la divulgación).

III. Usos y Divulgaciones Permitidas sin su autorizacion por escrito

Sujeto a las limitaciones, que describiremos en la Sección IV, podemos usar y/o divulgar su PHI sin su autorización por escrito para los siguientes fines:

A. Usos y divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Podemos utilizar y divulgar PHI para tratamiento, obtener el pago por los servicios prestados a usted y realizar nuestras "operaciones de atención médica", como se detalla a continuación:

- *Tratamiento.* Podemos utilizar y divulgar su PHI para proporcionar tratamiento y otros servicios a usted- por ejemplo, para diagnosticar y tratar su lesión o enfermedad. Además, podemos comunicarnos con usted para recordarle sus citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud

que puedan ser de su interés. También podemos divulgar su PHI a otros proveedores involucrados en su tratamiento.

- *Pago.* Podemos utilizar y divulgar su PHI para obtener el pago por los servicios que le proporcionamos a usted- por ejemplo, divulgaciones para reclamar y obtener el pago de su aseguradora de salud, el Plan de Salud de Oregon, u otra organización que gestione o pague el costo de algunos o todos de su cuidado de la salud para verificar que van a pagar por su atención médica.
- *Operaciones de Atención de la Salud.* Podemos utilizar y divulgar su PHI para nuestras operaciones de atención médica, que incluyen la administración interna y la planificación y diversas actividades que mejoran la calidad y la rentabilidad de la atención que le entregamos a usted. Por ejemplo, podemos utilizar la PHI para evaluar la calidad y capacidad de nuestros médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud. Podemos revelar su PHI para nuestro proceso de la encuesta de satisfacción del paciente. Podemos revelar su PHI a nuestro Defensor del Paciente con el fin de resolver cualquier queja que pudiera tener y garantizar que tenga una estancia confortable con nosotros.

B. Actividades de salud pública. Podemos divulgar su PHI para las siguientes actividades de salud pública:(1)para reportar información de salud a las autoridades de salud pública con el propósito de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;(2) para denunciar el abuso y negligencia infantil a las autoridades de salud pública u otras autoridades gubernamentales autorizadas por la ley para recibir dichos informes;(3) para reportar información sobre los productos y servicios bajo la jurisdicción de la Administración de Comida y Drogas de Estados Unidos;(4)para alertar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; y (5)para reportar información a su empleador según lo dispuesto en las leyes frente a enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo o la vigilancia médica del lugar de trabajo.

C. Las víctimas de abuso o negligencia. Si tenemos razones para creer que usted es una víctima de abuso o negligencia, podemos divulgar su PHI a una autoridad gubernamental, incluyendo un servicio social o agencia de servicios de protección, autorizada por la ley para recibir informes de tal abuso o negligencia.

D. Actividades de Supervisión de Salud. Podemos divulgar su PHI a una agencia de vigilancia de la salud que supervisa el sistema de salud y se encarga de la responsabilidad de garantizar el cumplimiento de las reglas de los programas gubernamentales de salud como Medicare o Medicaid y leyes de derechos civiles.

E. Procedimientos judiciales y administrativos. Podemos revelar su información médica protegida en el curso de un procedimiento judicial o administrativo en respuesta a una orden judicial u otro proceso legal.

F. Los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. Podemos divulgar su PHI a la policía u otros funcionarios encargados de hacer cumplir la ley según lo requiera o permita la ley o en cumplimiento de una orden judicial o un gran jurado o citación administrativa.

G. Difuntos. Podemos divulgar su PHI a un director de funerales o médico forense según lo autorizado por la ley.

H. Obtención de órganos y de tejidos Podemos divulgar su PHI a organizaciones que facilitan órganos, ojos o tejido adquisición, almacenamiento o trasplante

I. Salud o seguridad. Podemos, en consonancia con la ley aplicable y las normas de conducta ética, usar o divulgar su PHI para prevenir o disminuir una amenaza de violencia física grave inminente contra usted u otra persona fácilmente identificable.

J. Funciones gubernamentales especializadas. Podemos utilizar y divulgar su PHI a unidades del gobierno con funciones especiales, como el Ejército de Estados Unidos, o para actividades de inteligencia y seguridad nacional y para la protección del presidente de los Estados Unidos.

K. Compensación para Trabajadores. Podemos divulgar su PHI conforme se autorice y hasta el punto necesario para cumplir con las leyes estatales sobre indemnización de los trabajadores u otros programas similares.

L. Los reclusos. Si usted es un preso de una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos revelar información médica sobre usted a la institución correccional o al funcionario policial. Esta divulgación sería necesaria (1) para que la institución le proporcionará la asistencia sanitaria;(2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de los demás ; o (3) para la seguridad y la seguridad de la institución correccional.

M. Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. Podemos revelar su información médica protegida a un juez de instrucción, médico forense o director de funeraria para llevar a cabo sus funciones.

N. Socios de negocios. Podemos revelar su información médica protegida a nuestros socios comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o nos proporcionan servicios si la información de salud protegida es necesario para las funciones o servicios.

O. Otros usos y divulgaciones como exige la ley. Podemos utilizar y divulgar su PHI cuando sea requerido para ello por cualquier otra ley que no se haya citado en las categorías anteriores.

IV. Usos y Revelaciones que le dan una Oportunidad para Objetar o Negarse.

A. Divulgación a familiares, amigos cercanos y otros cuidadores. Podemos usar o divulgar su PHI a un miembro de la familia, otro pariente, un amigo personal cercano o cualquier otra persona identificada por usted cuando usted está presente para, o de

lo contrario, disponible antes de la divulgación, si (1) obtenemos su consentimiento;(2) le proporcionará la oportunidad de objetar la divulgación y usted no se opone; o (3) inferir razonablemente de las circunstancias que usted no se opone a la divulgación.

Si usted no está presente, o la oportunidad de aceptar u oponerse al uso o divulgación no fuera practicable darle debido a su incapacidad o una circunstancia de emergencia, podemos ejercer nuestro juicio profesional para determinar si la divulgación es en su mejor interés. Si divulgamos información a un miembro de la familia, otro pariente o un amigo personal cercano, queremos divulgar una información que creemos es directamente relevante a la participación de la persona con su atención médica o pago relacionado con su atención médica. También podemos divulgar su PHI a fin de notificar (o ayudar a notificar) a dichas personas sobre su ubicación, condición general o muerte.

- A. Ayuda para Desastres. Podemos divulgar su información de salud protegida a organizaciones de socorro que buscan su Información Protegida de Salud para coordinar su cuidado, o notificar a los amigos de su ubicación o estado y la familia en un desastre. Le daremos la oportunidad de aceptar u objetar a tal divulgación siempre que sea practicable podemos hacerlo.

V. Usos y Divulgaciones Requiriendo su Autorización por Escrito

- A. El uso o divulgación con su autorización. Para cualquier propósito que no sean los descritos anteriormente en la Sección III y en esta Sección IV, sólo se puede usar o divulgar su PHI cuando nos concede su autorización por escrito para hacerlo.
- B. Genética de la Información, el VIH / SIDA y el abuso de sustancias relacionadas con el tratamiento está especialmente protegido por la ley y su autorización se requiere generalmente para su lanzamiento.
- C. Comercialización y venta de información de salud protegida. CBH no divulgará su información médica protegida para fines de marketing o vender su información médica protegida sin su autorización escrita.

VI. Sus Derechos Al Proteger su Informacion de Salud

- A. Derecho a recibir información o el archivo más quejas. Si usted desea más información sobre sus derechos de privacidad, está preocupado de que hayamos violado sus derechos de privacidad o en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su PHI, puede comunicarse con nuestra Oficina de Privacidad, el Estado de Oregon o la Oficina de Derechos Civiles. No tomaremos represalias contra usted si presenta una queja.
- B. Derecho a solicitar restricciones. Usted puede solicitar restricciones a nuestro uso y divulgación de su PHI (1) para operaciones de tratamiento, pago y atención médica, (2) a personas (tales como un miembro de la familia, otro, amigo personal cercano o cualquier otra persona identificada por usted) involucrado con su cuidado o con el pago relacionado con su

cuidado, o (3) para notificar o ayudar en la notificación de tales individuos respecto a su ubicación y condición general. Aunque consideraremos todas las solicitudes de restricciones con cuidado, no estamos obligados a aceptar una restricción solicitada. Si desea solicitar restricciones, por favor obtenga un formulario de solicitud de nuestra Oficina de Privacidad y presentar el formulario completo a la Oficina de Privacidad. Le enviaremos una respuesta por escrito. Si estamos de acuerdo con las restricciones solicitadas, cumpliremos con su solicitud a menos que se necesite PHI para tratamiento de emergencia.

C. Derecho a recibir comunicaciones confidenciales. Usted puede solicitar, y vamos a acomodar, cualquier solicitud razonable por escrito para que usted reciba su PHI a través de medios de comunicación alternativos o en lugares alternativos. Si usted desea hacer un pedido, por favor póngase en contacto con nuestra Oficina de Privacidad por escrito

D. Derecho a revocar su autorización. Usted puede revocar su autorización, excepto en la medida que hemos tomado acciones de seguridad sobre ella, mediante la entrega de una declaración de revocación por escrito a la Oficina de Privacidad identificada más adelante. [Una forma de Escrito Revocación está disponible a petición de la Oficina de Privacidad.]

E. Derecho a inspeccionar y copiar su información de salud. Usted puede solicitar el acceso a cualquier información de salud protegida mantenida por nosotros que se utiliza para tomar decisiones sobre su atención médica a fin de inspeccionar y solicitar copias de los registros. En circunstancias limitadas, podemos negarle el acceso a una parte de sus registros. Si desea acceder a sus registros, por favor obtenga un formulario de solicitud de registro de la Oficina de Privacidad y presentar el formulario completo a la Oficina de Privacidad. Si usted solicita copias, le cobraremos \$1.00 por página, para las primeras 100 páginas, y \$ 0.25 por página después de eso, hasta un máximo de \$200.00 por registro. También vamos a cobrar por nuestros gastos postales, si solicita que le enviemos las copias. Si se le niega el acceso, usted puede solicitar que se revise la negativa.

Usted debe tomar en cuenta que, si usted es un padre o tutor legal de un menor, ciertas partes de la historia clínica del menor no serán accesibles para usted (por ejemplo, los registros relacionados con el embarazo, aborto, enfermedades de transmisión sexual, el uso o abuso de sustancias, o la anticoncepción y/o servicios de planificación familiar).

F. Derecho a una copia electrónica del PHI. Usted tiene el derecho a recibir el NPP electrónicamente, previa solicitud

G. Derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Si lo solicita, usted puede obtener una copia impresa de este Aviso, incluso si usted ha aceptado recibir dicha notificación por vía electrónica.

H. Derecho a modificar sus registros. Usted tiene el derecho a solicitar que corriamos la información médica protegida mantiene en sus registros médicos de archivos o registros de facturación. Si desea modificar sus registros, por favor obtenga un formulario de solicitud de modificación en la Oficina de Privacidad y presentar el formulario completo a la Oficina de

Privacidad. Nosotros cumpliremos con su solicitud a menos que creamos que la información que desea modificar es concurran circunstancias especiales precisos y completos u otros.

I. Derecho a recibir un informe de divulgaciones. A petición, puede obtener un informe de ciertas divulgaciones de su PHI hecha por nosotros durante cualquier período de tiempo antes de la fecha de su solicitud siempre y cuando dicho período no exceda de seis años y no se aplica a las divulgaciones que ocurrieron antes del 14 de abril, 2003. El informe no incluirá usos o divulgaciones para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o uso o divulgación virtud de una autorización que ya ha. Si usted solicita una contabilidad más de una vez durante una (12) período de doce meses, se le cobrará \$ 1.00 por página para el estado contable. También vamos a cobrar por nuestros gastos postales, si solicita que le enviemos las copias.

J. Derecho de restringir Divulgaciones a un Plan de Salud. Si usted pagó de su bolsillo (o en otras palabras, ustedes han pedido que no facturamos su plan de salud) en su totalidad para un artículo o servicio, usted tiene el derecho de pedir que su información médica protegida con respecto a ese tema o servicio no será compartida con un plan de salud con fines de pago u operaciones de atención médica. Vamos a honrar esa petición, excepto donde se requiere CBH por ley a hacer una revelación. Su solicitud para restringir debe hacerse por escrito y deberá identificar: (i) la información que se limite, (ii) el tipo de restricción solicita (es decir, en el uso de la información, la divulgación de información, o ambos),y (iii) a los que afecta los límites.

K. Derecho a obtener Aviso de Infracción. Usted tiene el derecho a ser notificado sobre cualquier incumplimiento de cualquiera de su información de salud protegida sin garantía.

VII. Fecha efectiva y Duracion de este Aviso

A. Fecha Efectiva. Esta Nota es efectiva desde el 23 de septiembre, 2013.

B. Derecho a cambiar los términos de este aviso. Podemos cambiar los términos de este aviso en cualquier momento. Si cambiamos este Aviso, podemos hacer que los nuevos términos aviso para toda la información médica protegida que mantenemos, incluyendo cualquier información generada o recibida antes de emitir el nuevo aviso. Si cambiamos este Aviso, publicaremos el nuevo aviso en nuestra oficina corporativa y en nuestro sitio de Internet en www.clatsopbh.org. También puede obtener una notificación nueva poniéndose en contacto con la Oficina de Privacidad.

VIII. CBH Oficina de Privacidad

Usted puede contactar a la direccion de abajo para formar una queja.

Clatsop Behavioral Healthcare – Privacy Officer
65 N. Hwy 101, Suite 204
Warrenton, OR 97146
Telefono: 503-325-5722 (Oficina) o 503-325-0241 x 220 (Directo)
Fax: 503-861-2043
Correo Electronico: nickb@clatsopbh.org

Usted tambien puede levantar una queja al siguiente:

State of Oregon Department of Human Services – Governor’s Advocacy Office
500 Summer St. NE, E17
Salem, OR 97301-1097
Telefono: 800-442-5238
Fax: 503-378-6532
Correo Electronico: dhs.info@state.or.us

Office for Civil Rights, U.S. DHHS
2201 Sixth Avenue-Mail Stop RX-11
Seattle, WA 98121
(206) 615-2290; (206) 615-2296 (TDD); (206) 615-2297 FAX
<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html>