



# Su Información. Sus Derechos. Nuestras Responsabilidades.

(Aviso de Prácticas de privacidad)

Este aviso describe como la información sobre su salud puede ser utilizada y divulgada y como puede obtener acceso a esta información. **Por favor revísela cuidadosamente.**

## Sus Derechos

**Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.**  
Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades

### Obtenga una copia electrónica o de papel de su expediente de salud

- Usted puede solicitar ver o recibir una copia electrónica o de papel de su expediente de salud y otra información que tengamos sobre su salud. Requerimos que usted someta esta petición por escrito. Pregúntenos para obtener más detalles
- Proveeremos una copia o resumen de su información de salud, usualmente dentro de 30 días de su petición. Una tarifa basada en el costo de procesamiento podría ser requerida.

### Pida que corrijamos su expediente de salud

- Puede solicitar que su información de salud sea corregida si cree que es incorrecta o está incompleta. Requerimos que usted someta esta petición por escrito, y que dé una razón que apoye su solicitud de corrección. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podemos decir "no" a su petición, pero le daremos una explicación por escrito dentro de 60 días.

### Solicite comunicación confidencial

- Usted puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o enviar correo a una dirección diferente.
- Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

### Pida que limitemos lo que utilizamos y compartimos

- Puede solicitarnos no utilizar o compartir cierta información sobre su salud para tratamiento, pago o nuestros servicios. No estamos obligados a aceptar su petición, y podemos decir "no" si esto afecta su cuidado.
- Si usted paga por un servicio o un producto de salud de su bolso en su totalidad, usted puede pedirnos no compartir esta información con el propósito de pago o nuestros servicios con su compañía de seguro de salud. Diremos "sí" a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

### Obtenga una lista de aquellos con los cuales hemos compartido información

- Usted puede pedir una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante seis años antes de la fecha que ha solicitado, con quien la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones con excepción de aquellas relacionadas con el tratamiento, pago y servicios, y ciertas otras divulgaciones (tales como cualquier otra que usted nos haya pedido). Proveeremos un año de contabilidad gratis pero se le cobrará una tarifa razonable, basada en los costos de tramitación si pide otra dentro de 12 meses.

### Obtenga una copia de este aviso de privacidad

- Usted puede pedir una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha acordado a recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia de papel de manera pronta.

### Elija a alguien que actúe por usted

- Si ha dado un poder notarial a alguien o si alguien es su tutor legal, dicha persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos que dicha persona posee dicha autoridad y puede actuar por usted antes de que tomemos cualquier acción.

**Presente un queja si usted siente que sus derechos han sido violados**

- Usted puede presentar una queja si siente que hemos violado sus derechos, llenando un formulario ubicado en la sala de espera, enviando un correo electrónico a **complaint@nwhumanservices.org**, o enviando una carta a 681 Center St. NE, Salem, OR 97301.
- Usted puede presentar una queja ante la Oficina de Supervisión de Calidad de The Joint Commission, enviando una carta a One Renaissance Boulevard, Oakbrook Terrace, Illinois 60181, o correo electrónico **complaint@jointcommission.org**.
- Si usted es un miembro de Mid-Valley Behavioral Care Network (MVBCN), usted puede presentar una queja, enviándoles una carta a 1660 Oak Street SE, Suite 230 Salem, Oregón 97301, o llamando el número de teléfono gratuito 1-866-422-6647.
- También puede presentar una queja a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de 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 represalia contra usted por haber presentado una queja, o si usted ejerce alguno de estos derechos.

### Sus Opciones

**Para cierta información de salud, usted puede escoger cual información podemos compartir.** Hable con nosotros si usted tiene una preferencia clara de cómo debemos compartir su información en las situaciones descritas abajo. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

**En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:**

- Compartamos la información con su familia, amigos cercanos, u otras personas involucradas en su cuidado
- Compartamos información en una situación de asistencia a damnificados

*Si no puede comunicarnos sus preferencias, por ejemplo, si usted está inconsciente, nosotros podríamos proceder y compartir su información si creemos que es para su propio bienestar. También podríamos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza seria e inminente a su salud o seguridad.*

**En estos casos nunca compartiremos su información al menos que usted nos dé permiso por escrito:**

- Propósitos de comercialización
- Venta de su información
- Compartiendo la mayoría de las notas de psicoterapia

**En caso de recaudación de fondos:**

- Podremos contactarle con el intento de recaudar fondos, pero usted puede pedirnos que no nos comuniquemos con usted otra vez.

### Nuestro uso y divulgación

**¿Cómo usamos y compartimos su información de salud típicamente?** Usualmente usamos su información de salud de las siguientes maneras.

**Seguimiento de su cuidado**

- Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le proporcionan cuidados de salud. Ejemplo: Un doctor que le proporciona cuidados debido a una lesión solicita a otro doctor información sobre su salud en general.
- Podemos compartir su información médica personal electrónicamente con farmacias y/o centros de salud como se relacione directamente con su cuidado.

**Funcionamiento de nuestra organización**

- Podemos usar y compartir su información de salud para el funcionamiento de nuestro consultorio, para mejorar su cuidado, y para comunicarnos con usted

cuando sea necesario. Ejemplo: Usamos su información de salud para administrar su tratamiento y servicios.

**Factura por sus servicios**

- Podemos utilizar y compartir su información de salud para cobro y recibir pago de planes de seguro u otras entidades. Ejemplo: Proveemos información sobre su salud a su seguro médico para que pague por sus servicios.

**¿De qué otra forma utilizamos y compartimos su información de salud?** Estamos permitidos o requeridos compartir su información de otras formas – usualmente de maneras que contribuyen al beneficio de la gente, como salubridad pública e investigación. Tenemos que cumplir con varias condiciones de ley antes de poder compartir su información para dichos propósitos. Para más información visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

**Ayuda con salubridad pública y asuntos de seguridad**

Podemos compartir información de salud sobre usted en ciertas situaciones, tal como:

- Prevención de enfermedades
- Ayudar a retirar productos del mercado
- Informes de reacciones adversas a medicamentos
- Notificaciones de sospechas de maltrato, negligencia, o violencia domestica
- Prevenir o disminuir una amenaza seria para la salud o seguridad

**Cumplir con la ley**

- Compartiremos información sobre usted si la ley del Estado o Federal lo requieren, incluyendo con el Departamento de Salubridad y Servicios Humanos si éste requiere cerciorarse de que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad.

**Colaborar con el médico forense o director de la funeraria**

- Podemos compartir información con el médico forense o director de la funeraria cuando un individuo fallese.

**Dirigir asuntos de compensación para trabajadores, la agencia judicial, y otras peticiones de gobierno**

Podemos utilizar y compartir información de salud sobre usted:

- Para reclamos de compensación para trabajadores
- Para propósitos de la agencia judicial o con un agente de policía
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones especiales de gobierno como militar, seguridad nacional, y servicios de protección presidencial

**Responder a demandas y acciones legales**

- Podemos compartir información de salud sobre usted respondiendo a una corte u orden administrativa, o una citación.

**Otras cosas a tener en cuenta**

- Nunca compartiremos ningún expediente de tratamiento de abuso de sustancias sin su permiso por escrito.
- También puede tener acceso a su información de salud por medio de nuestro Portal del Paciente. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Con su permiso por escrito, nosotros podríamos enviarle recordatorios de citas por medio de mensajes de texto.

**Nuestra Póliza**

Creemos que cada paciente en nuestro cuidado debe ser tratado con dignidad, respeto y compasión. Reconocemos que todos los pacientes tienen otros derechos, y estamos comprometidos a honrar estos derechos.

**Como paciente de NWHS**

- Obtener una copia de reglas o regulaciones relacionadas con la conducta de pacientes

**(Northwest Human Services), usted tiene el derecho de:**

- Tener expectativa de que nuestro personal será sensible con todas las necesidades y sentimientos del paciente
- Enterarse de su diagnóstico, tratamiento, pronóstico, y las posibles consecuencias del tratamiento
- Ser informado e involucrado en las decisiones sobre su cuidado, tratamiento y servicios que le permiten dar a usted un consentimiento informado
- Rechazar cualquier tratamiento sugerido, y discontinuar tratamiento en cualquier momento
- Enterarse de los nombres y cualificaciones de cualquier persona que esté involucrada en su cuidado
- Obtener, preguntar, y discutir la cuenta entera de los cargos por los servicios recibidos, sin importar la forma como ésta se pague
- Tener toda comunicación en un idioma que usted entienda claramente
- Ser referido a otros servicios y agencias que sean necesarias para el continuo de su cuidado

**Nuestra promesa es de proveer:**

- Servicios sin importar la raza, sexo, religión, edad, etnicidad, preferencia lingüística, educación, clase social, situación económica, o discapacidad
- Servicios en un ambiente privado, protegido, y humano que cumpla con necesidades individuales
- Confidencialidad, privacidad, y protección de su dignidad durante su exanimación y tratamiento
- Un cuidado que respete y sea sensible a creencias, valores culturales, psicosociales y personales

### **Nuestras Responsabilidades**

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le avisaremos de inmediato si ocurre una violación que puede haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en este aviso y dar una copia del mismo.
- No utilizaremos o compartiremos su información aparte de cómo ha sido descrito aquí al menos que usted nos diga por escrito. Si usted nos dice que si podemos, usted puede cambiar de parecer en cualquier momento. Avísenos por escrito si cambia de parecer.

Para más información visite:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)

#### **Cambios a los términos de este aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a petición, en nuestra oficina, y en nuestra página de web.

#### **Este aviso se aplica a todas las clínicas Médicas, Dentales, y Salud Mental de Northwest Human Services.**

Si tiene preguntas sobre este aviso, por favor comuníquese con el oficial de privacidad mandando una carta a 681 Center St. NE, Salem, Oregón 97301, o correo electrónico [PrivacyOfficer@nwhumanservices.org](mailto:PrivacyOfficer@nwhumanservices.org).

*Fecha del anuncio revisado: Julio 29, 2016*



## Reconocimiento de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de NWHS

Al firmar abajo, reconozco que he leído, o pedí a alguien me leyera el Aviso de Practicas de Privacidad de Northwest Human Services titulado “*Su Información. Sus Derechos. Nuestras Responsabilidades.*”, y he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta o compartir dudas acerca de este documento con un miembro del personal de NWHS.

---

Nombre del paciente (Imprimido)

---

Firma del paciente o tutor legal

---

Fecha

---

### FOR OFFICE USE ONLY

---

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledge could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (please specify): \_\_\_\_\_