



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 para ayudarle

Obtenga una copia de su expediente médico electrónica o de papel

- Puede solicitar ver o recibir una copia electrónica o en papel de su expediente médico u otra información que tengamos sobre su salud. Requerimos que someta esta petición por escrito. Pregúntenos para obtener más detalles.
- Proporcionaremos una copia o resumen de su información de salud, usualmente dentro 30 días de la petición. Podemos cobrar una tarifa basada en el costo de procesamiento.

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 someta esta petición por escrito, y que proporcione 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 usamos y compartimos

- Puede solicitar no usar 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.
- Tiene derecho a solicitar protecciones adicionales de privacidad para servicios de salud reproductiva. No divulgaremos esta información en respuesta legal o petición de tercera parte al menos que sea por imperativo legal.
- Si paga por un servicio o un producto de salud en su totalidad de su propio bolso, puede pedirnos no compartir esta información con el propósito de pago o nuestros servicios con su compañía de seguro de salud. Diremos "sí" al menos que una ley nos obligue a compartir esta información.

Obtenga una lista de aquellos con los cuales hemos compartido información

- 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 excepto aquellas relacionadas con el tratamiento, pago y servicios, y ciertas otras divulgaciones (tales como cualquier otra que haya solicitado). 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

- Puede pedir una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha acordado a recibir el aviso electrónicamente. 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 de que dicha persona posee dicha autoridad y puede actuar por usted antes de que tomemos cualquier acción.

Presente una queja si usted siente que sus derechos han sido violados

- 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.
- 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 PacificSource, puede presentar una queja, llamando al número de teléfono gratuito 888-977-9299. Para miembros de Yamhill Community Care, el teléfono gratuito es 855-722-8205.
- 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 ejercita 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

- Compartamos la información con su familia, amigos cercanos, u otras personas involucradas en su cuidado

**opción de
decirnos que:**

- 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
premio por escrito:**

- Expediente de tratamiento de consumo problemático de sustancias (SUD por sus siglas en inglés) excepto a como dicta la ley
- 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**

¿Típicamente cómo usamos y compartimos su información de salud? Usualmente usamos su información de salud por los 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 usamos y compartimos su información de salud? Estamos permitidos o requeridos a 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 la ley antes de poder compartir su información para dichos propósitos. Para más información visite: 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 su información de salud respondiendo a un juzgado u orden administrativa, o un citatorio.
- Protegemos su información de salud reproductiva y no la divulgaremos de ninguna manera que transgreda su privacidad. El cuidado de salud reproductiva incluye en embarazo, control de natalidad, tratamientos de fertilidad y servicios pertinentes legales.
- No compartiremos su información de salud reproductiva si se ha solicitado para una acción legal en su contra.
- En algunas ocasiones, antes de compartir su información, solicitaremos una forma firmada antes de compartir la información por parte de la persona que solicita la información para confirmar que no usaran su información para razones no autorizadas.
- Usted tiene derecho a preguntar por protección extra para seguridad privacidad para información de salud reproductiva. Si quiere comunicarse con nosotros de alguna manera específica como por un número de teléfono o por correo. hágalo saber y haremos seguimiento razonable a su solicitud.

Otras cosas para tener en cuenta

- Puede que usemos su información médica para comunicarle sobre su cuidado, incluyendo:
- Recordatorio de citas
- Informarle resultados de pruebas, tratamientos, planes o remisiones
- Notificarle sobre los servicios o programas de salud disponibles para su beneficio

-
- Solicitar comentario por encuestas de satisfacción del paciente, si prefiere un método específico de comunicación, como cierto número telefónico, correo de domicilio o correo electrónico, puede solicitar comunicación confidencial, y respetaremos su petición como sea razonable.
 - Puede tener acceso a su información médica por el Portal del Paciente. Pregunte como hacerlo
-

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

- Obtener una copia de reglas o regulaciones relacionadas con la conducta de pacientes
- 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 calificaciones 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 cumplir con los deberes y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregar una copia de este.
- No usaremos 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

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.

Fecha de entrada del anuncio actualizado: Marzo 24, 2025

Discrimination is Against the Law

NWHS complies with applicable federal civil rights laws and does not exclude, deny services to, or otherwise discriminate against any individual based upon ethnic group identification, race, national origin, religious creed, age, sex, sexual orientation, gender identity or expression, veteran's status, color, disability, housing status, educational level, economic status, social class, political beliefs, linguistic preference, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity.

We provide aids and services, free of charge, in a timely manner, to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

We provide language services, free of charge, in a timely manner, to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, call (503) 378-7526

If you believe that NWHS has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with the NWHS Risk Officer located at 681 Center St. NW, Salem, OR 97301, Tel. (503) 588-5828, Fax (503) 588-5852. You can file a grievance in person or by mail, or fax. If you need help filing a grievance, the Risk Officer is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail: attn.: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, or phone 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-503-378-7526.	Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-503-378-7526.
繁體中文 (Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-503-378-7526	Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-503-378-7526.
한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-503-378-7526번으로 전화해 주십시오.	Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-503-378-7526.
日本語 (Japanese) 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-503-378-7526 まで、お電話にてご連絡ください。	العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-503-378-7526.
Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-503-378-7526.	ខ្មែរ (Cambodian) ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-503-378-7526 ។
Oroomiffa (Oromo) XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-503-378-7526.	Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-503-378-7526.
فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما تماس بگیرد 1-503-378-7526 فراهم می باشد.	Français (French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-503-378-7526.
ภาษาไทย (Thai) เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-503-378-7526.	



Reconocimiento de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de NWHS

Al firmar abajo, reconozco que he leído, o pedí a alguien que 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):_____