



## Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

---

En este aviso se describe cómo se podría utilizar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esa información. **Léalo atentamente.**

### Sus derechos

Tiene los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su expediente médico electrónico o en papel.
- Corregir su expediente médico electrónico o en papel.
- Solicitar que la comunicación sea confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Obtener una lista de las personas con las que compartimos su información.
- Obtener una copia de este aviso de privacidad.
- Elegir a una persona que actúe en su nombre.
- Presentar un reclamo si cree que se infringieron sus derechos de privacidad.

### Sus opciones

Puede decidir con respecto a la forma en la que usamos y compartimos información en los siguientes casos:

- al informar a sus familiares y amigos sobre su afección;
- al brindar ayuda en caso de catástrofes;
- al incluirlo en el directorio de un hospital;
- al brindar atención de la salud mental.

### Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir su información con los siguientes fines:

- brindarle tratamiento;
- operar nuestra organización;
- facturarle nuestros servicios;
- ayudar con problemas de salud y seguridad públicas;
- investigar;
- cumplir con la ley;
- responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos;
- trabajar con un médico legista o un director funerario;
- abordar las compensaciones laborales, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno;
- responder a demandas y medidas legales.

No usaremos ni compartiremos su información con fines de recaudación de fondos o de mercadotecnia. Nunca venderemos su información.

## Sus derechos

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

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

- Puede solicitar ver o recibir una copia electrónica o en papel de su expediente médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información de salud, en general, en un plazo de 30 días a partir de la solicitud. Podríamos cobrarle una tarifa razonable y basada en el costo.

### **Pedir que se corrija su expediente médico**

- Puede pedirnos que corrijamos información de salud sobre usted que crea que es incorrecta o que está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podríamos rechazar su solicitud, pero le informaremos el motivo en un plazo de 60 días.

### **Solicitar que la comunicación sea confidencial**

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted por un medio específico (por ejemplo, llamarlo a su casa o a la oficina) o que le enviemos correos a otra dirección.
- Aceptaremos todas las solicitudes razonables.

### **Pedirnos que limitemos la información que usamos o compartimos**

- Puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información de salud con fines de tratamiento, pago u operaciones de la organización. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos rechazarla si su atención se vería perjudicada.
- Si paga de su bolsillo la totalidad de un servicio o artículo del cuidado de la salud, puede pedirnos que no compartamos esa información con su aseguradora para el pago o para nuestras operaciones. Aceptaremos la solicitud, a menos que la ley nos exija que compartamos esa información.

### **Obtener una lista de las personas con las que compartimos información**

- Puede solicitar una lista (reporte) de las ocasiones en las que compartimos su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha de solicitud, así como con quién se compartió y el motivo.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas sobre el tratamiento, el pago y las operaciones del cuidado de la salud, y otras divulgaciones determinadas (como las que usted nos haya pedido). Brindaremos un reporte por año sin costo, pero le cobraremos una tarifa razonable, basada en el costo, si solicita otro en un plazo menor a 12 meses.

### **Obtener una copia de este aviso de privacidad**

Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibir el aviso por vía electrónica. Le entregaremos una copia en papel a la brevedad.

## **Elegir a una persona que actúe en su nombre**

- Si otorgó un poder notarial médico o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud.
- Nos aseguraremos de que esa persona tenga dicha facultad y que pueda actuar en su nombre antes de que tomemos cualquier medida.

## **Presentar un reclamo si cree que se infringieron sus derechos**

- Si cree que infringimos sus derechos, puede reclamar comunicándose con el Control de Calidad de Salud Conductual en [bhquality@washingtoncountyor.gov](mailto:bhquality@washingtoncountyor.gov).
- Para presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., puede enviar una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamar al 1-877-696-6775, o visitar <https://bit.ly/file-hipaa-complaint>.
- No tomaremos represalias en contra de usted por presentar un reclamo.

## **Sus opciones**

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

En estos casos, tiene el derecho y la opción de pedirnos que hagamos lo siguiente:

- compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado;
- compartir información en caso de catástrofe;
- incluir su información en el directorio de un hospital.

Si no puede comunicarnos su preferencia, por ejemplo, en caso de estar inconsciente, es posible que compartamos su información si creemos que es lo más beneficioso para usted. También podríamos compartir su información cuando debamos reducir una amenaza inminente y grave contra la salud o la seguridad.

Solo compartiremos notas de psicoterapia si tenemos su autorización, salvo en el caso excepcional en el que la ley federal o estatal exija lo contrario.

## **Nuestros usos y divulgaciones**

Nunca compartiremos expedientes del tratamiento por abuso de sustancias sin su autorización escrita.

## **¿Cómo solemos usar o compartir su información de salud?**

En general, usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

### **Al brindarle tratamiento**

Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le brinden tratamiento.

*Por ejemplo: Un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico acerca de su estado de salud general.*

### **Al operar nuestra organización**

Podemos usar y compartir su información de salud para operar nuestra organización, mejorar su cuidado y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

*Por ejemplo: Usamos su información de salud para gestionar su tratamiento y sus servicios.*

### **Al facturarle nuestros servicios**

Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de los planes de salud u otras entidades.

*Por ejemplo: Proporcionamos información de salud sobre usted a su plan de seguro médico para que este pague por sus servicios.*

### **¿De qué otra forma podemos usar o compartir su información de salud?**

Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras que, en general, pretenden contribuir al bien público, como la salud pública o la investigación. Debemos cumplir varias condiciones ante la ley antes de compartir su información con estos fines. Para obtener más información, visite <https://bit.ly/about-hipaa>.

### **Al ayudar con problemas de salud y seguridad públicas**

Podemos compartir información de salud sobre usted con determinados fines:

- prevenir enfermedades;
- ayudar a retirar productos del mercado;
- informar reacciones adversas de los medicamentos;
- informar sospecha de acoso, abandono o violencia doméstica;
- prevenir o reducir una amenaza grave contra la salud o la seguridad de una persona.

### **Al investigar**

Podemos usar o compartir su información con fines de investigación médica.

### **Al cumplir con la ley**

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, y la compartiremos con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. si quieren comprobar que estamos respetando las leyes federales de privacidad.

### **Al responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos**

Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de procuración de órganos.

### **Al trabajar con un médico legista o un director funerario**

Podemos compartir información de salud con un médico forense, un médico legista o un director funerario cuando una persona muere.

### **Al abordar las compensaciones laborales, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno**

Podemos usar o compartir su información de salud en los siguientes casos:

- reclamos de compensaciones laborales;
- con fines del cumplimiento de la ley o de informar a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley;
- con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley;
- para funciones gubernamentales especiales, como militares, de seguridad nacional y de servicios de protección presidencial.

### **Al responder a demandas y medidas legales**

Podemos compartir información de salud sobre usted como respuesta a una orden judicial o administrativa, o como respuesta a una citación.

## **Nuestras responsabilidades**

- La ley nos exige mantener la privacidad y la seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos rápidamente si ocurre un incumplimiento que pueda comprometer la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso, y entregarle una copia a usted.
- No usaremos ni compartiremos su información de una forma que no se haya descrito en este documento, a menos que usted lo autorice por escrito. Si nos otorga permiso, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, visite <https://bit.ly/notice-of-privacy>.

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

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