



WOMEN'S HEALTHCARE  
ASSOCIATES LLC

## NOTIFICACIÓN SOBRE EL EJERCICIO DE LA PRIVACIDAD

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**

### **POR FAVOR REVÍSELA ATENTAMENTE.**

*Si tiene alguna pregunta relacionada con esta notificación, sírvase comunicarse con el oficial de privacidad de HIPAA al (503)601-3615*

Women's Healthcare Associates, LLC  
Administrative Office  
6600 SW 105<sup>th</sup> Avenue, Suite 205  
Beaverton, OR 97008

### QUIÉN SEGUIRÁ ESTA NOTIFICACIÓN

Este aviso describe el ejercicio de de la privacidad de información que siguen nuestros empleados, trabajadores y otros miembros del personal de la oficina.

### INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Este aviso aplica a la información y expedientes que tenemos sobre su salud, la condición de su salud y los servicios y atención médica y que usted recibe en esta oficina. Esta información podría incluir información creada y recibida por esta oficina ya sea en forma de historial escrito, expedientes electrónicos o palabras habladas, y podría incluir información sobre su condición e historial médico, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas médicas, facturación y tipos similares de información relacionada con la salud.

La ley exige que le demos esta notificación. Ésta explica cómo podemos usar y revelar información sobre su salud, describe sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de tal información.

### CÓMO PODEMOS USAR Y REVELAR INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Podemos usar y revelar información médica sobre usted para los siguientes propósitos:

- **Para el tratamiento.** Podríamos usar información sobre su salud para darle tratamiento o servicios médicos. Podríamos revelar información médica sobre usted a doctores, técnicos, miembros del personal de oficina u otro personal involucrado en su cuidado y el cuidado de su salud.

Por ejemplo, puede ser que su doctor lo esté atendiendo por un problema del corazón y deba saber cuáles otros problemas de salud podrían complicar su tratamiento. El doctor puede usar su historial médico para decidir cuál tratamiento es el mejor para usted. El doctor también puede comentar con otro doctor su problema para que ese doctor pueda ayudar a determinar la atención más apropiada para usted.

Con el fin de coordinar su cuidado, diferentes miembros del personal en nuestra oficina pueden compartir información sobre usted y revelar información a personas que no trabajan en nuestra oficina, como llamar por teléfono a su farmacia para ordenar sus recetas, hacer la cita para una prueba de laboratorio y ordenar radiografías. Los miembros de su familia y otros proveedores de atención médica pueden ser parte de su atención médica fuera de este consultorio y pueden necesitar información que nosotros tenemos sobre usted.

- **Para el pago.** Podríamos usar y revelar información sobre su salud para poder cobrar el tratamiento y los servicios que usted reciba en esta oficina y recibir el pago, ya sea de usted, de la compañía de seguros o de un tercero

Por ejemplo, puede ser que debamos dar información a su plan de salud sobre un servicio que usted recibió aquí para que su plan de salud nos pueda pagar o nos reembolse por dicho servicio. También puede que informemos a su plan de salud sobre un tratamiento que usted va a recibir; esto con el fin de obtener aprobación previa o determinar si su plan va a pagar el tratamiento.

- **Para las operaciones de atención médica.** Podríamos usar y revelar información médica sobre usted para poder hacer funcionar la oficina y asegurarnos que usted y nuestros demás pacientes reciban una atención de calidad.

Por ejemplo, podríamos usar información sobre su salud para evaluar el rendimiento de nuestro personal en la atención que le brindan. También podríamos usar información médica sobre todos o muchos de nuestros pacientes para que nos ayude a decidir cuáles servicios adicionales deberíamos ofrecer, cómo podemos llegar a ser más eficientes, o si ciertos tratamientos nuevos son eficaces.

Pudiera ser que reveleamos información acerca de su salud a los planes de salud que le dan cobertura de seguro médico y a otros proveedores de atención médica que le atienden. Esta información que se revele a los planes de seguro y a otros proveedores puede ser con el fin de ayudar a estas entidades a proveer o mejorar la atención, reducir costos, coordinar y administrar la atención médica y los servicios, capacitar al personal, y cumplir con las leyes.

- **Recordatorios de citas médicas.** Podríamos comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita para una consulta o para recibir tratamiento en nuestra oficina.
- **Alternativas de tratamiento.** Podríamos informarle o recomendarle las posibles opciones de tratamiento o alternativas que podrían ser de interés para usted.
- **Productos y servicios relacionados con la salud.** Podríamos informarle sobre productos y servicios médicos afines que podrían ser de interés para usted..

Por favor avisenos si no desea que nos comuniquemos con usted para recordarle sus citas, o si no desea recibir información sobre tratamientos alternativos o productos y servicios médicos afines. Si usted nos avisa por **escrito** (a la dirección que aparece en la parte superior de esta Notificación) que no desea recibir tales comunicaciones, no usaremos ni revelaremos su información para estos propósitos

## SITUACIONES ESPECIALES

Podríamos usar o revelar información médica sobre usted sin su permiso por las siguientes razones, sujetos a todos los requisitos y limitaciones legales que apliquen:

- **Para prevenir una amenaza seria a la salud o seguridad.** Podríamos usar y revelar información médica sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad del público u otra persona.
- **Cuando lo exige la ley.** Revelaremos información sobre su salud cuando lo exija la ley federal, estatal o local.
- **Investigación.** Podríamos usar y revelar información sobre su salud para proyectos de investigación sujetos a un proceso de aprobación especial. Nosotros le pediremos permiso si el investigador va a tener acceso a su nombre, dirección u otra información que revele su identidad, o si va a participar en su atención en el consultorio.
- **Donación de órganos y tejidos.** Si usted es un donante de órganos, podríamos revelar información médica a organizaciones que manejan la obtención de órganos o trasplantes de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, cuando sea necesario para facilitar dicha donación y trasplante.
- **Militares, veteranos, seguridad e inteligencia nacional.** Si usted es o fue miembro de las fuerzas armadas, o parte de la comunidad de seguridad o inteligencia nacional, se nos podría exigir, por orden militar o por otras autoridades gubernamentales, la divulgación de información sobre su salud. También podría ser que divulguemos información sobre personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras correspondientes.

- **Compensación por accidentes en el trabajo.** Podríamos revelar información médica sobre usted al programa de compensación por accidentes de trabajo u otros programas similares. Estos programas suministran beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Riesgos a la salud pública.** Podríamos revelar información médica sobre usted por razones de salud pública para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; o para informar sobre nacimientos, muertes, sospecha de abuso o negligencia, lesiones físicas no-accidentales, reacciones a medicamentos o problemas con productos.
- **Actividades para supervisar la salud.** Podríamos revelar información médica a una agencia supervisora para auditorías, investigaciones, inspecciones o autorizaciones. Esta revelación de información podría ser necesaria para que ciertas agencias estatales y federales controlen el sistema de atención médica, programas gubernamentales, y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.
- **Demandas y disputas.** Si usted está envuelto en una demanda o disputa, podríamos revelar información sobre su salud como respuesta a una orden judicial o administrativa. También podríamos revelar información médica sobre usted como respuesta a una citación, sujeta a todos los requisitos legales que apliquen.
- **Ejecución de la ley.** Podríamos revelar información médica si un oficial de un cuerpo de seguridad la solicitara debido a una orden judicial, citación, auto, citatoria, o un proceso similar, sujeto a todos los requisitos legales que apliquen.
- **Investigadores de muertes violentas, médicos forenses y directores de funerarias.** Podríamos revelar información médica a un investigador de muertes violentas o a un médico forense. Esto podría ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de muerte.
- **Información que no identifica a su persona.** Podríamos usar o revelar información médica sobre usted de tal manera que no lo identifique o revele su identidad.
- **Familiares y amigos.** Podríamos revelar información médica sobre usted a sus familiares o amigos si obtenemos su autorización verbal para hacerlo o si le damos la oportunidad de que usted se oponga a esto y no plantea ninguna objeción. También podríamos revelar información médica a sus familiares o amigos si podemos concluir de las circunstancias y basándonos en nuestro criterio profesional, que usted no tendría ninguna objeción. Por ejemplo, podríamos concluir que usted estará de acuerdo en que revelemos a su cónyuge información personal suya cuando trae a su cónyuge a la sala de exámenes durante el tratamiento o mientras se habla del tratamiento.

En situaciones donde usted no puede dar su consentimiento (porque no está presente o debido a su incapacidad o emergencia médica), podríamos, usando nuestro criterio profesional, determinar que revelar información a un familiar o amigo es lo mejor para usted. En dicha situación, solo revelaremos la información médica que concierne a la participación de esa persona en su cuidado. Por ejemplo, podríamos informar a la persona que le acompañó a la sala de emergencias que usted sufrió un ataque cardíaco y mantenerla actualizada sobre su progreso y pronóstico. También podríamos usar nuestro criterio y experiencia profesional para concluir, razonablemente, que lo mejor para usted es que permitamos que otra persona actúe en nombre suyo para recoger —por ejemplo— recetas médicas, suministros médicos, o radiografías

## OTROS USOS Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

No usaremos o divulgaremos información médica por ninguna razón diferente a las identificadas en las secciones previas sin su *Autorización* específica por escrito. Si usted nos da su *Autorización* para usar o revelar información sobre su salud, usted en cualquier momento puede revocar, **por escrito**, dicha *Autorización*. Si usted revoca su *Autorización*, ya no usaremos ni revelaremos información sobre usted debido a las razones mencionadas en su *Autorización* escrita, pero no podemos anular usos o revelaciones que ya se han hecho con su permiso.

En algunas ocasiones, puede ser que necesitemos su autorización específica por escrito para poder revelar cierto tipo de información que está especialmente protegida, como información sobre VIH, abuso de drogas, salud mental y pruebas genéticas.

## SUS DERECHOS RELACIONADOS CON LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Los siguientes son sus derechos relacionados con la información médica que mantenemos sobre usted:

- **Derecho de inspeccionar y copiar.** Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica que usamos para tomar decisiones sobre su cuidado, como expedientes médicos y cobros. Para poder inspeccionar y/o copiar expedientes con su

información médica, usted debe entregar una solicitud escrita a *Women's Healthcare Associates, LLC, Atención: HIPAA Privacy Official*. Si usted solicita una copia de la información, podríamos cobrarle un monto para cubrir los costos de copiar, enviar por correo, u otros suministros relacionados.

Podríamos negar su solicitud para inspeccionar y/o copiar expedientes en ciertas circunstancias limitadas. Si le niegan copias o acceso a información sobre su salud, usted podría pedir que se revise nuestra negación. Si la ley le otorga el derecho de que se revise nuestra negación, nosotros seleccionaremos a un profesional de atención médica con licencia para que revise su petición y nuestra negación. La persona que realiza la revisión no será la persona que negó su solicitud. Nosotros cumpliremos con lo que determine la revisión.

- **Derecho a una enmienda.** Si cree que la información médica que tenemos sobre usted está incorrecta o incompleta, usted puede pedirnos que enmendemos la información. Usted tiene derecho a pedir una corrección siempre que la información la mantenga esta oficina.

Para solicitar una enmienda, llene y entregue un FORMULARIO PARA ENMENDAR / CORREGIR EXPEDIENTES MÉDICOS a *Women's Healthcare Associates, LLC, Atención: HIPAA Privacy Official*.

Podríamos denegar su solicitud de enmienda si su petición **no está por escrito** o si no incluye una razón que apoye la solicitud. También podríamos negar su solicitud si nos pide enmendar información que:

- Nosotros no creamos, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la corrección.
- No es parte de la información médica que guardamos.
- No le está permitido inspeccionar y copiar.
- Es exacta y completa.
- **Derecho a un informe de la revelación de información.** Usted tiene derecho a solicitar un "informe de la revelación de información". Esta es una lista de la revelación de su información médica que hemos hecho para propósitos que no son de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y un número limitado de circunstancias especiales que envuelven la seguridad nacional, instituciones correccionales y cuerpos de seguridad. La lista también excluye las revelaciones que hayamos hecho basados en su autorización escrita. Para obtener esta lista, usted debe entregar su solicitud **por escrito** a *Women's Healthcare Associates, LLC, Atención: HIPAA Privacy Official*. Debe indicar un período de tiempo que no puede ser mayor de seis años y no puede incluir fechas previas al 14 de abril del 2003. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, impresa o electrónicamente) La primera lista que usted solicite dentro de un período de 12 meses será gratis. Para listas adicionales, le podríamos cobrar los costos de proveer la lista. Le notificaremos el monto de estos costos y usted puede elegir retirar o modificar su solicitud en ese entonces, antes de incurrir en cualquier gasto.
- **Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación a la información médica que usemos o revelemos sobre usted para el tratamiento, pago o las operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar que se limite la información médica que revelemos sobre usted a alguien involucrado en su cuidado o el pago de éste, como a un familiar o un amigo. Por ejemplo, usted podría pedir que no usemos o revelemos información sobre una cirugía que se le haya practicado

***Nosotros no estamos obligados a concederle su petición.*** Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud, a no ser que la información la necesitemos para brindarle tratamiento de emergencia o si la ley exige que usemos o revelemos la información.

Para solicitar restricciones, usted puede llenar y entregar la SOLICITUD PARA LA RESTRICCIÓN DEL USO / REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA A *Women's Healthcare Associates, LLC, Atención: HIPAA Privacy Official*.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, puede pedir que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted puede llenar y entregar la SOLICITUD PARA LA RESTRICCIÓN DEL USO / REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA Y/O COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL a *Women's Healthcare Associates, LLC, Atención: HIPAA Privacy Official*. No le preguntaremos cuál es la razón de su solicitud. Atenderemos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted.

- **Derecho a una copia impresa de esta notificación.** Usted tiene derecho a una copia impresa de esta notificación. Usted puede pedir en cualquier momento que le demos una copia de esta notificación. Aun si ha aceptado recibirla electrónicamente, usted

siempre tiene derecho a una copia impresa.

Para obtener dicha copia, comuníquese con las funcionarias de privacidad de HIPAA.

### CAMBIOS A ESTA NOTIFICACIÓN

Nos reservamos el derecho de cambiar esta notificación y de hacer que el aviso corregido o modificado aplique a la información médica que tengamos sobre usted así como a la información que recibamos en un futuro. Fijaremos la notificación más reciente en la oficina. La fecha en que la notificación entra en vigencia aparecerá en la esquina superior derecha. Usted tiene derecho a una copia de la notificación actual vigente.

### QUEJAS

Si cree que han violado sus derechos relacionados con la privacidad, usted puede presentar una queja ante nuestra oficina o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante nuestra oficina comuníquese con *Women's Healthcare Associates, LLC, Atención: HIPAA Privacy Official. (dirección: 6600 SW 105<sup>th</sup> Ave, Suite 205, Beaverton, OR 97008.* , al teléfono: (503) 601-3615. ***Usted no será sancionada por presentar una queja.***