



FECHA EFECTIVA: 23 DE SEPTIEMBRE, 2013

ESTE AVISO DESCRIBE LAS MANERAS EN QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA PODRÁ SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO OBTENERLA.

FAVOR LEER CON ATENCIÓN.

Si tiene alguna consulta sobre este aviso, póngase en contacto con Hope Orthopedics HIPAA Compliance Office.

*Teléfono: 503.316.3772
HIPAA@hopeorthopedics.com
1600 State Street, Salem, OR 97301*

A QUIÉNES APLICA ESTE AVISO

Este aviso describe las prácticas de privacidad para la información seguídas por nuestros empleados, funcionarios y demás personal.

SU INFORMACIÓN MÉDICA

Este aviso aplica a la información y registros que tenemos sobre usted, su salud, estado de salud y la atención médica y los servicios que recibe de Hope Orthopedics de Oregon. Su información médica puede incluir información creada y recibida por Hope Orthopedics of Oregon, puede estar en forma de registros escritos o electrónicos o expresiones orales, y puede incluir información sobre su historial de salud, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de exámenes, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas, actividad de facturación relacionada y tipos similares de información relacionada con la salud.

Estamos sujetos por ley a brindarle este aviso, el cual le informará sobre las formas en que podemos usar y divulgar su información médica y describirá sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de dicha información.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Podemos usar y divulgar su información médica para los siguientes fines:

- **Por motivos de tratamiento.** Podemos usar su información médica para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar su información médica a médicos, enfermeras, técnicos y demás persona involucrado en cuidar de usted y de su salud.

Por ejemplo, si el médico le estuviera tratando para una afección cardíaca pudiera ser que necesite saber si tiene algún otro problema de salud que fuera a complicar el tratamiento. El médico puede usar tu historia clínica para decidir qué tratamiento es el mejor para ti. El médico también puede informar a otro médico sobre tu afección para que el médico pueda ayudarte a determinar la atención más adecuada para ti.



Diversos miembros de nuestro personal pueden compartir información sobre usted y divulgar información a personas que no trabajan para Hope Orthopedics de Oregon con el fin de coordinar su atención, por ejemplo, llamadas para recetas a su farmacia, programación de trabajo de laboratorio y radiografías. Tanto los miembros de su familia como proveedores externos podrían ser parte de su equipo de atención y podrían llegar a requerir información médica en nuestro poder. Solicitaremos su permiso antes de compartir información médica con su familia o amigos a menos que no pueda dar permiso a dichas revelaciones debido a alguna condición en su salud.

- **Para efectuar pagos.** Podremos usar y divulgar su información médica para que el tratamiento y los servicios que reciba en Hope Orthopedics of Oregon puedan ser facturados y se pueda extender el cobro sea a usted, una compañía de seguros o un tercero.

Por ejemplo, es posible que necesitemos dar información sobre algún servicio que haya recibido aquí a su plan de salud, por lo que su plan de salud nos pagará o le reembolsará por el servicio. También podemos informarle a su plan de salud sobre un tratamiento que vaya a recibir para obtener aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

- **Para el funcionamiento operacional de la atención.** Podemos usar y divulgar su información médica para fines de la administración de Hope Orthopedics de Oregon y asegurarnos de que usted y nuestros demás pacientes reciban atención de calidad.

Por ejemplo, podríamos usar su información de salud para evaluar el desempeño de nuestro personal durante su cuidado. También podemos usar información de salud sobre todos o muchos de nuestros pacientes para ayudarnos a decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, cómo podemos ser más eficientes o determinar si ciertos nuevos tratamientos son eficaces.

También podemos divulgar su información médica a los planes de salud que le proporcionen cobertura de seguro y a otros proveedores de atención médica que le brinden cuidados. Lo que demos a conocer de su información médica a planes y otros proveedores pueden ser con el propósito de ayudar a estos planes y proveedores a proporcionar o mejorar la atención, reducir costos, coordinar y administrar la atención médica y los servicios, capacitar al personal y cumplir con la ley.

SITUACIONES ESPECIALES

Podremos usar o divulgar su información médica para los siguientes fines, sujeto a todos los requisitos legales y limitaciones aplicables:

- **Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad.** Podemos usar y divulgar su información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad de terceros.
- **Requerido por la ley.** Revelaremos su información médica cuando lo requiera la ley federal, estatal o local.



- **Investigación.** Podemos usar y divulgar su información médica para proyectos de investigación sujetos a proceso de aprobación especial. Le pediremos permiso si el investigador pudiera ver su nombre, dirección u otra información que revele su identidad o esté involucrada en su cuidado en el consultorio.
- **Donación de órganos y tejidos.** Si usted es donante de órganos, podremos divulgar información de salud a organizaciones que manejen la adquisición de órganos o trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar dicha donación y trasplante.
- **Militares, Veteranos, Seguridad Nacional e Inteligencia.** Si usted es o fue miembro de las fuerzas armadas, o parte de las comunidades de seguridad nacional o inteligencia, tendríamos que acatar toda orden de mando militar u otras autoridades gubernamentales de revelar su información médica. También podremos divulgar información sobre el personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera apropiada.
- **Worker's Compensation.** Podremos divulgar su información médica para el Worker's Compensation o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Riesgos para la salud pública.** Podremos divulgar su información médica por razones de salud pública con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; sospecha de abuso o negligencia, lesiones físicas no accidentales, reacciones a medicamentos o problemas con productos.
- **Actividades de supervisión de la salud.** Podremos divulgar su información médica a agencias de supervisión de la salud para fines de auditorías, investigaciones, inspecciones o licencias. Estas divulgaciones pueden ser necesarias para que ciertas agencias estatales y federales supervisen el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y así el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- **Demandas y disputas.** Si usted tiene alguna demanda o disputa abierta, podremos divulgar su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa. Sujeto a todos los requisitos legales aplicables, también podemos divulgar su información médica en respuesta a una citación judicial.
- **Aplicación de la ley.** Podremos divulgar información de salud si un agente de la ley nos lo pide en respuesta a una orden judicial, citación, orden o proceso similar, sujeto a todos los requisitos legales aplicables.
- **Forenses, médicos forenses y directores funerarios.** Podremos divulgar información médica a un forense o médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte.
- **Información no identificable personalmente.** Podremos usar o divulgar su información médica de una manera que no lo identifique personalmente ni revele su identidad.
- **Familia y amigos.** Podremos divulgar su información médica a sus familiares o amigos si obtenemos su acuerdo verbal para hacerlo o si le damos la oportunidad de oponerse a dicha divulgación y usted no plantea una objeción. También podemos divulgar información médica a su familia o amigos si podemos deducir de las



circunstancias, basándonos en nuestro juicio profesional de que usted no se opondría. Por ejemplo, podemos suponer que acepta nuestra divulgación de su información personal de salud a su cónyuge cuando lleve a su cónyuge con usted a la sala de exámenes o al hospital durante el tratamiento o mientras se discute el tratamiento. En situaciones en las que usted no sea capaz de dar su consentimiento (porque no está presente o debido a su incapacidad o emergencia médica), podemos, utilizando nuestro juicio profesional, determinar que una divulgación a su familiar o amigo es en su mejor interés. En esa situación, revelaremos solo información médica relevante para la participación de la persona en su atención. Por ejemplo, podemos informar a la persona que lo acompañó a la sala de emergencias que sufrió un ataque al corazón y proporcionar actualizaciones sobre su progreso y pronóstico. También podemos usar nuestro juicio profesional y experiencia para hacer inferencias razonables de que es en su mejor interés permitir que otra persona actúe en su nombre para recoger, por ejemplo, recetas llenas, suministros médicos o radiografías.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA

No usaremos ni divulgaremos su información médica para ningún otro propósito que no sean los identificados en las secciones anteriores sin su autorización específica y por escrito. Ciertas divulgaciones que requieren su autorización incluyen divulgaciones a su pareja, su cónyuge, sus hijos y su abogado.

Tampoco usaremos ni divulgaremos su información médica para los siguientes fines sin su autorización específica y por escrito:

- **Para nuestros fines de marketing.** Esto no incluye la comunicación cara a cara sobre productos o servicios que puedan ser beneficiosos para usted y sobre las recetas que ya se le hayan recetado.
- **Con el fin de vender su información médica.** Podemos recibir el pago por compartir su información para, por ejemplo, propósitos de salud pública, investigación y divulgaciones a usted u otras personas a las que usted autorice, siempre y cuando el pago sea razonable y esté relacionado con el costo de proporcionar su información médica.

El otorgarnos la presente *autorización* para usar o divulgar su información médica no excluye que pueda revocar dicha *Autorización*, **por escrito, en todo momento**. Si revoca su *Autorización*, ya no usaremos ni

divulgaremos su información médica por las razones cubiertas por su *Autorización* por escrito, pero no podemos recuperar ningún uso o divulgación ya realizado con su permiso. En algunos casos, es posible que necesitemos su autorización específica por escrito de antes de divulgar ciertos tipos de información especialmente protegida, como el VIH, el abuso de sustancias, la salud mental y la información de pruebas genéticas para fines tales como tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

USO Y DIVULGACION CON OPORTUNIDAD DE OBJETAR REQUERIDA

A menos que se oponga, podemos revelar a un miembro de su familia, a un familiar, a un amigo cercano o a cualquier otra persona que identifique, el informe de salud protegido que se relaciona directamente con el desarrollo de su atención médica. Si usted no estuviera en condiciones de aceptar u oponerse a tal divulgación, podremos divulgar la misma tal y como se determine será lo mejor para su salud basados en nuestro juicio profesional.



Podremos divulgar su información médica protegida a organizaciones de ayuda ante desastres ya sea para coordinar su atención, o notificar a familiares y amigos de su ubicación o condición en un desastre. Le proporcionaremos la oportunidad de aceptar u oponerse a dicha divulgación siempre que sea factible.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información de salud que mantenemos sobre usted:

- **Derecho a inspeccionar y copiar.** Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar su información médica, como registros médicos y de facturación. Debe enviar una solicitud por escrito a Hope Orthopedics HIPAA Compliance Office con el fin de inspeccionar y /o copiar registros de su información médica. Si solicita una copia de la información, podemos cobrar una tarifa por los costos de copia, envío por correo u otros gastos asociados. Le notificaremos del costo involucrado y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en cualquier gasto. Una solicitud modificada puede incluir solicitar un resumen de su expediente médico.

Si solicita ver copia de su información de salud, no le cobraremos dicha inspección. Si desea inspeccionar su información de salud, envíe solicitud por escrito a Hope Orthopedics HIPAA Compliance Office. Tiene derecho a solicitar una copia de su información de salud en formato electrónico si la almacenamos de manera electrónica.

Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y/o copiar su registro o partes de su registro en ciertas circunstancias limitadas. Si se le niegan copias o acceso a su información de salud, puede solicitar que se revise nuestra decisión. Si la ley le da el derecho de que se revise nuestra denegación, seleccionaremos un profesional de la salud con licencia para revisar su solicitud y nuestra denegación. La persona que realice la revisión no será la persona que denegó su solicitud, y cumpliremos con el resultado de la revisión.

- **Derecho a modificar.** Si cree que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar una enmienda siempre y cuando la información sea administrada por Hope Orthopedics de Oregon.

Para solicitar una enmienda, complete y presente el FORMULARIO DE MODIFICACIÓN/CORRECCIÓN DE REGISTROS MÉDICOS a la Oficina de cumplimiento HIPAA de Hope Orthopedics.

Podemos denegar su solicitud de enmienda si no la hace **por escrito** o si no incluye una razón que la apoye. Además, podemos denegar o denegar parcialmente su solicitud si nos pide que modifiquemos información que:

- No hayamos elaborado, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda
- No sea parte de la información de salud que almacenamos
- No se le permitiría inspeccionar y copiar
- Sea precisa y completa



Si denegamos completa o parcialmente su solicitud de modificación, tendrá derecho a presentar una refutación y solicitar que la refutación se haga parte de su expediente médico. Su refutación debe ser (1) página de longitud o menos. Tenemos el derecho de presentar una refutación respondiendo a la suya en su expediente médico.

También tiene derecho a solicitar que todos los documentos asociados con la solicitud de modificación (incluida la refutación) se transmitan cada vez que se divulgue esa parte del registro médico.

- **Derecho a una Contabilidad de Divulgaciones.** Usted tiene derecho a solicitar una "contabilidad de divulgaciones". Esta es una lista de las divulgaciones que hicimos de su información médica para fines distintos del tratamiento, pago u operaciones de atención médica, cuando usted lo autorice específicamente y bajo un número limitado de circunstancias especiales que involucran la seguridad nacional, correccionales y aplicación de la ley.

Para obtener esta lista, debe enviar su solicitud **por escrito** a Hope Orthopedics HIPAA Compliance Office. Debe indicar un período de tiempo, el cual no debe ser superior a seis años. Su solicitud debe indicar en qué formulario desea la lista (por ejemplo, impresa o electrónicamente). La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle por los costos de proporcionársela. Le notificaremos del costo involucrado y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en el cargo.

- **Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica que usamos o divulgamos para el tratamiento, pago u operaciones de su atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en la información que divulguemos a quien esté involucrado en su atención o en el pago por ella, como un familiar o amigo. Por ejemplo, podría pedir que no usemos ni divulguemos información sobre una cirugía que haya tenido.

No estamos obligados a aceptar su solicitud. De estar de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos dicha información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia o que la divulgación sea requerida por ley.

Estamos obligados a aceptar su solicitud si usted paga por tratamiento, servicios, suministros y recetas "de su bolsillo" y solicita que la información no sea comunicada a su plan de salud para fines de pago u operaciones de atención médica. Puede haber casos en los que estemos obligados por ley a divulgar dicha información.

Para solicitar restricciones, puede completar y enviar la SOLICITUD DE RESTRICCIÓN DE USO/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA a la Oficina de Cumplimiento HIPAA de Hope Orthopedics.

- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una manera o en algún lugar específico. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos pongamos en contacto con usted en el trabajo o por correo.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, puede completar y enviar la SOLICITUD DE RESTRICCIÓN AL USO/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA Y/O COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL a la Oficina de Cumplimiento HIPAA de Hope Orthopedics. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Atenderemos toda solicitud bien fundada. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.



- **Derecho a copia impresa de este Aviso.** Usted tiene derecho a copia impresa del presente aviso. Puede solicitarnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento, incluso luego de haber aceptado recibirla electrónicamente. También puede encontrar una copia de este Aviso en nuestro sitio web en HopeOrthopedics.com. Para obtener dicha copia, póngase en contacto con Hope Orthopedics HIPAA Compliance Office.

MODIFICACIONES A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de modificar el presente aviso, y de hacer que el aviso revisado o modificado cubra efectivamente la información médica que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos el aviso actual en nuestra(s) instalación(es) con la fecha de entrada en vigor en la esquina superior derecha. Tiene derecho a una copia del aviso que rige actualmente.

Le informaremos de cualquier cambio importante en este aviso. Esto puede llegar a ser a través de un rótulo publicado prominentemente en nuestra(s) instalaciones(s), un aviso publicado en nuestro sitio web, u otros medios de comunicación.

VIOLACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Le informaremos si hubiera una violación de su información de salud desprotegida.

Quejas

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante nuestra oficina o con la secretaria de servicios humanos (Secretary of the Department of Health and Human Services) a la dirección:

Office for Civil Rights Region X (*ubicada en Seattle, WA*)

U.S. Department of Health & Human Services
2201 Sixth Avenue – M/S: RX-11
Seattle, WA 98121-1831
Voice Phone: 800.368.1019
FAX: 206.615.2297
TDD: 800.537.7697

Para presentar una queja ante Hope Orthopedics de Oregon, póngase en contacto con Hope Orthopedics HIPAA Compliance Office, llame al 503. 316. 3772 o escriba al correo electrónico HIPAA@hopeorthopedics.com. No será sancionado por presentar una queja.