

## AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

### ESTE AVISO EXPLICA CÓMO SUS DATOS MÉDICOS PUEDEN SER USADOS Y DIVULGADOS Y CÓMO OBTENER ACCESO A DICHS DATOS

#### POR FAVOR, LEA ESTE AVISO CON ATENCIÓN

*Si tiene preguntas acerca de este aviso, por favor llame a  
Karen Draper en nuestra oficina al 541-779-6146  
Medford Sports Injury & Therapy Center, Inc.  
2780 E. Barnett Road Suite 130, Medford, OR 97504*

Este aviso describe las prácticas y los procedimientos empleados en esta clínica por el personal profesional y administrativo y sus asistentes para proteger la privacidad de sus datos médicos.

#### LOS DATOS DE SU SALUD

Este aviso corresponde a los datos y los historiales que tenemos acerca de su salud general, la condición de su salud, y los servicios y las atenciones que Ud. recibe en esta clínica. Los datos sobre su salud pueden incluir datos reunidos y recibidos por la clínica, tanto por escrito como por expedientes electrónicos o por palabras habladas. También pueden incluir datos acerca del historial de su salud, la condición de su salud, síntomas, revisiones médicas, resultados de análisis, diagnosis, tratamientos, procedimientos, recetas, estados de cuentas pertinentes y datos semejantes relacionados a la salud.

Tenemos la obligación legal de darle este aviso, el cual explica las maneras en que podríamos usar y divulgar datos acerca de su salud y describe sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso y la divulgación de dichos datos.

#### CÓMO PODRÍAMOS USAR Y DIVULGAR DATOS SOBRE SU SALUD

Podríamos usar y divulgar datos sobre su salud para los siguientes propósitos:

\* **Para Tratamientos.** Podríamos usar datos sobre su salud para proporcionarle tratamientos médicos o servicios. Podríamos divulgar datos sobre su salud a médicos, enfermeras, técnicos, personal de oficina u otro personal que están cuidándole a Ud. y a su salud.

Por ejemplo, el médico que le recomendó la terapia física puede estar tratándole por alguna condición médica u ortopédica y podría ser necesario que estuviéramos enterados de ello y de cualquier otro problema con su salud que podría afectar su tratamiento. Podríamos usar su historial médico para poder escoger el tratamiento que más le beneficiaría. Consultaremos con su médico y mandaremos informes a su médico acerca del tratamiento que está recibiendo para así poder proporcionarle la más apropiada atención.

Distintos miembros de nuestro personal podrían compartir datos acerca de Ud. y podrían divulgar datos a personas que no trabajan en nuestra oficina para poder coordinar la atención que recibe Ud., por ejemplo, llamando a su médico y consiguiendo cualquier información necesaria. Miembros de su familia y otros proveedores de atención a la salud pueden participar en la terapia física que recibe Ud. fuera de la clínica, lo cual significa que podría ser necesario darles información acerca de Usted.

\***Para los Pagos.** Puede ser que tengamos que divulgar datos sobre su salud para poder mandar las facturas por el tratamiento que recibe en esta clínica a su plan de salud o a la compañía de seguros o a terceros.

También puede ser necesario que informemos a su plan de salud o a la compañía de seguros acerca de algún tratamiento que va a recibir para poder obtener su autorización previa o para determinar si su plan pagará los costos de dicho tratamiento.

\***Para las Operaciones de Atención a la Salud.** Podríamos usar y divulgar datos sobre su salud para la gestión de la clínica y para asegurar que Ud. y los demás pacientes reciban una atención de alta calidad.

Por ejemplo, podríamos usar datos sobre su salud para evaluar el desempeño de los miembros de nuestro personal que están atendiéndole a Usted. También podríamos usar los datos sobre la salud de todos o muchos de nuestros pacientes para ayudarnos a decidir qué otros servicios deberíamos de ofrecer, cómo podríamos ser más eficientes, o si ciertos tratamientos son eficaces para ciertos problemas.

Además, podríamos divulgar datos sobre su salud a su plan de salud y a otros proveedores que le atienden para poder ayudar a dichos planes y proveedores a evaluar o mejorar la atención ofrecida, reducir costos, coordinar y dirigir la atención a la salud y los servicios relacionados, capacitar a su personal y cumplir con la ley.

\***Recordatorios de Citas.** Podríamos comunicarnos con Ud. para recordarle de su cita.

\***Alternativas Respecto a Tratamientos.** Podríamos informarle acerca de o recomendarle posibles opciones con respecto al tratamiento o acerca de alternativas que le podrían interesar.

\***Productos y Servicios Relacionados a la Salud.** Podríamos informarle acerca de productos o servicios relacionados a la salud que le podrían interesar.

Por favor, avísenos si no quiere que nos comuniquemos con Ud. para recordarle de sus citas, o si no quiere recibir comunicaciones acerca de alternativas con respecto al tratamiento o de productos y servicios relacionados a la salud. Si Ud. nos avisa **por escrito** (dirigiéndose a la dirección que aparece al principio de este aviso) que no quiere recibir tales comunicaciones, no usaremos ni divulgaremos sus datos para estos propósitos.

#### CIRCUNSTANCIAS ADICIONALES

Podríamos usar o divulgar datos sobre su salud para los siguientes propósitos, conforme a los requisitos y las limitaciones de las leyes estatales y otras leyes:

- \* **Para Evitar Graves Riesgos a la Salud o Seguridad.** Podríamos usar y divulgar datos sobre su salud siempre que fuera necesario para evitar graves riesgos a su salud y seguridad o a la salud y seguridad pública o de otras personas.
- \* **Según lo requiere la ley.** Podríamos usar y divulgar datos acerca de Ud. cuando así lo requiere la ley federal, estatal o local.
- \* **Investigación.** Podríamos usar y divulgar datos sobre su salud para proyectos de investigación sujetos a un proceso especial de aprobación. Le pediríamos permiso a Ud. si el investigador o la investigadora fuera a tener acceso a su nombre, su dirección u otros datos que divulguen su identidad, o si dicho investigador fuera a participar en la atención provista por nuestra clínica.
- \* **Militares, Veteranos, Personal de la Seguridad Nacional y de Inteligencia.** Si Ud. fue o es miembro de las fuerzas armadas o del personal de la seguridad nacional o de inteligencia, existe la posibilidad de que los mandos militares u otras autoridades gubernamentales requieran que les divulguemos datos sobre su salud. También podríamos divulgar datos acerca de militares extranjeros a las debidas autoridades militares extranjeras.
- \* **Compensación de Trabajadores.** Podríamos divulgar datos sobre su salud a los programas de compensación de trabajadores o a semejantes programas. Estos programas proporcionan beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- \* **Riesgos a la Salud Pública.** Podríamos divulgar datos sobre su salud por motivos de salud pública para poder prevenir o controlar enfermedades, daños o incapacidades; también podríamos reportar sospechas de abusos o de negligencia, lesiones físicas no accidentales o problemas con productos.
- \* **Actividades Relacionadas a la Supervisión del Sector de la Salud.** Podríamos divulgar datos sobre la salud a agencias de supervisión para revisiones de cuentas, investigaciones, inspecciones o propósitos de certificación. Estas divulgaciones podrían ser necesarias para que las agencias estatales y federales puedan vigilar el sector de la salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- \* **Demandas Legales y Disputas.** Si Ud. es parte de una demanda o disputa, podríamos divulgar datos sobre su salud al cumplir con órdenes judiciales o administrativas. Podríamos, además, divulgar datos sobre su salud al responder a un citatorio jurídico, sujetos a todos los requisitos legales correspondientes.
- \* **Fuerzas de Orden Público.** Podríamos divulgar datos sobre la salud a un agente de la ley al cumplir con una orden jurídica, un citatorio jurídico, una orden de detención, una orden de comparecencia u otro proceso semejante, sujetos a todos los requisitos legales correspondientes.
- \* **Pesquisidores, Médicos Forenses y Funerarias.** Podríamos divulgar datos sobre la salud a un pesquisidor o médico forense. Por ejemplo, podría ser necesario hacerlo para identificar a un fallecido o para determinar la causa de muerte.
- \* **Datos Que No Le Identifican.** Podríamos usar o divulgar datos sobre su salud de tal manera que no se le puede identificar a Ud. y que no indica quién es Usted.

\* **Su Familia y Sus Amistades.** Podríamos divulgar datos sobre su salud a su familia o a amistades tuyas si antes obtuviéramos su permiso verbal o si, al darle nosotros una oportunidad previa de oponerse a tal divulgación, Ud. no se manifestara opuesto a ello. Podríamos, además, divulgar datos sobre su salud a su familia o a sus amistades si en nuestra opinión profesional sintiéramos que pudiéramos deducir por las circunstancias que Ud. no se opondría a ello. Por ejemplo, podríamos suponer que Ud. está de acuerdo en que divulguemos datos sobre su salud a su cónyuge si Ud. trae a su cónyuge a la sala durante el tratamiento o cuando se está hablando de su tratamiento.

\* En aquellas situaciones en las que Ud. no es capaz de dar su consentimiento (debido a alguna incapacidad o emergencia médica), podríamos, siempre de acuerdo a nuestra capacidad profesional, decidir si le beneficiaría a Ud. que se les divulgue datos a su familia o amistad. En tales circunstancias, nos limitaríamos a divulgar datos exclusivamente pertinentes de acuerdo a la participación de tal persona en cuidarle a Usted.

\* **Padre o Madre Que no Tenga La Custodia de un Menor.** Podríamos divulgar datos sobre la salud de un menor de edad tanto al padre o a la madre con custodia como al padre o a la madre sin custodia de dicho menor al no ser que una orden jurídica limitara el acceso de la persona sin custodia a tales datos.

## OTROS USOS Y DIVULGACIONES CONFORMES A SU AUTORIZACIÓN FIRMADA

Sin su autorización por escrito, no usaremos ni divulgaremos datos sobre su salud para ningún propósito aparte de los propósitos enumerados en las secciones anteriores. Si Ud. firma una autorización para que podamos usar o divulgar datos sobre su salud, podrá revocar dicha autorización en cualquier momento, siempre que sea **por escrito**. Si revocara su autorización, no continuaríamos usando ni divulgando datos suyos para los propósitos expresados en dicha autorización pero tampoco podríamos retirar todo uso o divulgación ya efectuados con su previa autorización.

## SUS DERECHOS RESPECTO A LOS DATOS SOBRE SU SALUD

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a los datos que mantenemos sobre su salud:

\* **Derecho de Examinar y Copiar.** Tiene el derecho de examinar y copiar los datos que mantenemos sobre su salud y que usamos para tomar decisiones acerca de la atención que se le brinda, tales como los expedientes médicos y estados de cuentas. Deberá presentar una solicitud por escrito a Karen Draper [*agente de privacidad designado/persona con quien tiene contacto*] para poder examinar y/o copiar los expedientes con los datos sobre su salud. Si solicitara una copia de dichos datos, puede ser que le cobremos algo para cubrir los costos de las copias, el envío o de otros materiales pertinentes.

En ciertos casos existe la posibilidad de que le neguemos su solicitud para examinar y/o copiar los expedientes. Si se le deniegan copias o acceso a datos sobre su salud que mantenemos acerca de Ud., puede pedir que se revise dicha denegación. Si la ley permite que se revise nuestra denegación, nosotros elegiremos un profesional licenciado en el campo de la salud para que revise su solicitud y nuestra denegación. La persona encargada de dicha revisión no será la

misma que denegó su solicitud y respetaremos el resultado de la revisión.

\* **El Derecho de Exigir Correcciones.** Si Ud. cree que los datos que tenemos acerca de Ud. son incorrectos o incompletos, puede pedir que enmendemos dichos datos. Tiene el derecho de solicitar una corrección siempre que los datos sean mantenidos por esta oficina.

Para solicitar una corrección, deberá completar y presentar el FORMULARIO DE ENMIENDAS/CORRECCIONES AL HISTORIAL MÉDICO a [*agente de privacidad designado/persona con quien tiene contacto*]. Le daremos uno de estos formularios si lo solicita.

Podríamos denegar su solicitud para una enmienda si no lo solicita **por escrito** o si no incluye alguna razón que respalde la solicitud. Además, podríamos denegar su solicitud si Ud. nos pide corregir datos que:

- No fueron reunidos por nosotros, al no ser que la persona o la entidad responsable por dichos datos haya dejado de existir
- No forman parte de los datos sobre la salud que mantenemos
- No se le permite a Ud. examinar y copiar
- Son correctos y completos

\* **El Derecho de Obtener Un Informe de las Divulgaciones Realizadas.** Usted tiene el derecho de solicitar un ‘informe de divulgaciones realizadas’. Se trata de la constancia de las divulgaciones que hemos realizado respecto a sus datos médicos para propósitos que no fueran de tratamiento, pagos, operaciones de atención a la salud, y bajo ciertas circunstancias limitadas tocantes a la seguridad nacional, instituciones correccionales y las fuerzas de orden público. Además, la constancia puede excluir toda divulgación realizada a base de su autorización por escrito.

Para obtener dicho informe, deberá presentar su solicitud **por escrito** a [*agente de privacidad designado/persona con quien tiene contacto*]. Deberá incluir el periodo de tiempo para el cual desea obtener un informe. Este periodo de tiempo no podrá exceder un periodo de seis años y no podrá incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Deberá indicar en su solicitud la forma en que desea recibir la lista (o sea, en papel, electrónicamente). La primera lista que solicita en el transcurso de 12 meses será gratis. Para listas adicionales, puede ser que le cobremos el costo de proveerle con dicha lista. Le avisaremos del costo y entonces, si desea, podrá retirar o modificar su solicitud antes de incurrir en gastos.

\* **El Derecho de Solicitar Restricciones.** Usted tiene el derecho de solicitar restricciones o limitaciones con respecto a los datos que usamos o divulgamos acerca de su salud para propósitos de tratamiento, pagos u operaciones de atención a la salud. También tiene el derecho de pedir que se limite la divulgación de datos sobre su salud a quienes estén participando en cuidarle o en pagar los costos asociados, como, por ejemplo, su familia o amistades. Por ejemplo, podría pedir que no se divulguen datos acerca de alguna operación que haya tenido.

***No estamos obligados a aceptar su solicitud.*** Si lo aceptamos, cumpliremos con su solicitud al no ser que sean datos necesarios para poder darle atención de urgencia o si la ley nos

obliga a usar o divulgar dichos datos.

Para solicitar alguna restricción, deberá completar y presentar una SOLICITUD PARA RESTRINGIR EL USO/LA DIVULGACIÓN DE DATOS MÉDICOS Y/O DE COMUNICACIONES CONFIDENCIALES a Karen Draper [*agente de privacidad designado/persona con quien tiene contacto*]. Le daremos uno de estos formularios si lo solicita.

\* **El Derecho de Solicitar Comunicaciones Confidenciales.** Usted tiene el derecho de pedir que nos comuniquemos con Ud. acerca de asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, podrá pedir que nos comuniquemos con Ud. exclusivamente en el trabajo o por correo o por correo electrónico.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, deberá completar y presentar la SOLICITUD PARA RESTRINGIR EL USO/LA DIVULGACIÓN DE DATOS MÉDICOS Y/O DE COMUNICACIONES CONFIDENCIALES a Karen Draper [*agente de privacidad designado/persona con quien tiene contacto*]. No le preguntaremos la razón por la cual lo está solicitando. Haremos todo lo posible para cumplir con toda solicitud siempre que sea razonable. Deberá especificar en su solicitud dónde o cómo quiere que nos comuniquemos con Usted.

\* **El Derecho de Tener Una Copia en Papel de Este Aviso.** Usted tiene el derecho de tener una copia en papel de este aviso. En cualquier momento nos puede pedir una copia de este aviso. Aun si ha acordado en recibir la copia electrónicamente, tiene el derecho de tener una copia en papel.

Para obtener tal copia, comuníquese con Karen Draper [*agente de privacidad designado/persona con quien tiene contacto*].

### CAMBIOS A ESTE AVISO

Reservamos el derecho de cambiar este aviso y de que el aviso alterado o enmendado sea el que rija aquellos datos médicos suyos que ya tenemos además de regir todos los datos recibidos posteriormente. Colocaremos el aviso vigente o un resumen del mismo en la oficina y se incluirá la fecha de vigencia en la parte superior derecha del documento. Tiene el derecho de tener una copia del aviso vigente.

### QUEJAS

Si Ud. cree que sus derechos de privacidad han sido infringidos, podrá presentar una queja en nuestra oficina o con la Secretaría de Servicios Humanos y Salubridad. Para presentar una queja en nuestra oficina, comuníquese con *Karen Draper 541-779-6146*. **No le perjudicará presentar una queja.**