

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha eficaz: Marzo 26, 2013

Este aviso describe como se puede usar la información medica sobre usted y divulgada y como usted puede tener.

POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.

(Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso por favor póngase en contacto con el oficial de privacidad de GSHCS al 541-667-3620)

QUIEN HARA ESTE AVISO

Este aviso describe las prácticas de privacidad de información seguidos por los empleados.

INFORMACION DE SU SALUD

Este aviso aplica a la información y los registros que tenemos de usted, estado de salud y la atención de la salud es una de los servicios que recibe de parte de Good Shepherd Health Care System. Su información de salud puede incluir información creada y recibida por Good Shepherd Health Care System y puede ser en forma escrita o documentos electrónicos o palabras habladas y puede incluir información sobre su historial de estado síntomas, exámenes, de prueba los resultados de diagnóstico de los procedimientos de la salud de salud, recetas medicas cobros relacionados con actividad similar y recetas con facturación relacionada y el mismo tipo de información relacionada con la salud.

-
- Estamos obligados por ley a darle este aviso de la información acerca de las maneras en que podemos usar y revelar información médica acerca de usted y describe sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de la información.

COMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACION SOBRE SU SALUD

Podemos utilizar y divulgar su información médica para los siguientes propósitos.

Para el tratamiento.

Podemos utilizar la salud la información médica sobre usted para proporcionarle servicios de tratamiento médico y podemos divulgar información sobre su salud a los médicos enfermeros técnicos del personal u otro personal que están involucrados de usted y su salud.

Por ejemplo, sus doctores pueden estarlo tratándole sobre un problema del y usted necesite saber si usted tiene otros problemas médicos que puedan complicarle su tratamiento. El Doctor puede el historial médico para poder decidir el mejor tratamiento para usted. El doctor puede comunicarles a otros doctores sobre su condición para que los otros doctores puedan determinar el cuidado apropiado para usted.

Diferente personal en nuestra organización puede compartir acerca de usted y revelar la información a las personas que no trabajan en Good shepherd Health Care system Con el fin de coordinar su cuidado como, recetas por teléfono a nuestro laboratorio de programación farmacia trabajan un pedido de rayos X. Miembros de la familia pueden ser proveedores de atención medica pueden ser una parte de su atención medica fuera de esta oficina pueden requerir información sobre usted que tenemos. Le solicitaremos su permiso antes de compartir información de salud con su familia y amigos a menos que usted no puede dar permiso para la divulgación debido a su estado de salud.

Para el Pago. Podemos utilizar y revelar información médica acerca de usted para que el tratamiento y los servicios que usted recibe en Good Shepherd Health Care System puedan ser facturados y puede solicitar el pago y puede recopilado de usted y la compañía de seguros o un tercero.

Por ejemplo, nosotros podemos dar información a su plan de salud sobre un servicio recibido aquí para que su plan de salud pueda ser pagado asía nosotros o reembolsado por los servicios recibidos. También podemos informar a su plan de salud sobre un tratamiento que usted va a recibir para obtener aprobación previa o para determinar el tiempo que su plan va a pagar el tratamiento.

- **Para las opciones de cuidado de la salud.** Podemos utilizar y revelar información sobre su salud con el fin

de correr con Good Shepherd Health Care System y para asegurar que usted y nuestros pacientes recivan la mejor calidad del cuidado.

Por ejemplo podemos utilizar su información de salud para evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted. También podemos utilizar la información de salud acerca de todo do muchos de nuestros pacientes para ayudarnos a decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, como podemos ser más eficientes o si ciertos tratamientos nuevos son eficaces.

También podemos divulgar su información médica a los planes de salud que ofrecen cobertura de seguro y otros proveedores de atención de la salud que cuidan de usted. La divulgación de su información de salud o los planes y otros proveedores puede ser con el propósito de ayudar a estos planes y proveedores de proporcionar o mejorar la atención reducir costos coordinar y gestionar los servicios de salud y capacitar al personal y cumplir con la ley.

- **Alternativas de tratamiento.** Podemos informarle o recomendarle posibilidades, opciones de tratamiento o alternativas que pueden ser de interes para usted
- **Productos y servicios relacionados con la salud.** Podemos informarle a usted acerca de productos relacionados con las salud o servicios que puedan ser de interes para usted.

Por favor avísenos si usted desea ser contactado para recordarle sus citas o si no desea recibir comunicaciones sobre alternativas de tratamiento o productos y servicios relacionados con la salud. Si usted nos comunica **por escrito** (en las direcciones que aparece en la parte superior de este aviso) que usted no desea recibir este tipo de comunicaciones, no utilizaremos ni divulgaremos su información para estos fines.

SITUACIONES ESPECIALES

Podemos usar o revelar informacion sobre su salud para los siguientes propositos, sujetos a todos los requisitos legales aplicables y limitaciones:

- **Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad.** Podemos utilizar y revelar informacion medica acerca de usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del publico o de otra persona.
- **Requerir por ley.** Vamos a divulgar informacion acerva de usted cuando sea requerido por la ley federal estatal o local.
- **Investigacion.** Podemos utilizar y divulgar su información medica para proyectos de investigacion que en sujetos a un proceso especial de aprobacion. Le pediremos si el investigador tendra acceso a su nombre, direccion u otra informacion que revele quien es usted o estaran involucrados en la atencion que de cuidado en la oficina
- **Donacion de organos y tejidos.** Si usted es un donante de órganos podemos divulgar información que las adquisiciones de órganos de ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos sea necesario para facilitar dicha donación y el trasplante.

Donación de órganos y tejidos. Si usted es un donante de órganos podemos divulgar información las adquisiciones de órganos de ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos sea necesario para facilitar dicha donación y el trasplante.

• **Militares, veteranos, seguridad nacional e inteligencia.** Si usted es o era miembro de las fuerzas armadas, y parte de la seguridad nacional o las comunidades de inteligencia, nosotros podemos necesaria por el comando militar u otras autoridades de gobierno a revelar información de salud sobre usted. También podemos divulgar información sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

• **Compensación.** Podemos divulgar información médica sobre usted para la compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones relacionadas con el trabajo o la enfermedad.

• **Riesgos de salud pública.** Podemos divulgar información médica sobre usted por razones de salud pública para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades; o informe de nacimientos, muertes, sospechas de abuso o negligencia, lesiones físicas no accidentales, reacciones a medicamentos o problemas con productos.

• **Actividades de supervisión de salud.** Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de salud para auditorías, investigaciones, inspecciones o licencias de propósitos. Estas declaraciones pueden ser

necesarias para ciertas agencias estatales y federales para controlar el sistema de salud, programas de gobierno y cumplimiento de las leyes derechos civiles.

- **Demandas y disputas.** Si usted está implicado en una demanda o una disputa, podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. Sujeto a todos los requisitos legales aplicables, también podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una citación.
- **Aplicación de la ley.** Podemos divulgar información médica si así por un oficial de la ley en respuesta a una orden judicial, citación, orden, convoca o proceso similar, sujeto a todos los requisitos legales aplicables.
- **Médicos forenses,** examinadores médicos y directores de funerarias. Podemos divulgar información médica a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte.
- **La información no identificable.** Podemos utilizar o divulgar información médica sobre usted en una forma que no personalmente identificarle o revelar quién eres.
- **Familiares y amigos.** Podemos divulgar información médica sobre usted a sus familiares o amigos si obtenemos su acuerdo verbal para hacerlo o si le damos una oportunidad para oponerse a tal divulgación y aunque eres capaz de hacerlo, no subes una objeción. También podemos divulgar información de salud para su familia o amigos si se puede deducir de las circunstancias, con base en nuestro juicio profesional que no pondría objeciones. Por ejemplo, suponemos que aceptar nuestra divulgación de su información médica personal a su cónyuge cuando traes tu cónyuge con usted en la sala de examen o en el hospital durante el tratamiento o mientras se discute el tratamiento.

En situaciones donde no eres capaz de dar su consentimiento (porque no está presente o debido a su incapacidad o emergencia médica), puede, usando nuestro juicio profesional, determinar si una divulgación a su familiar o amigo está en su mejor interés. En esa situación, revelamos sólo información médica relevante a la participación de la persona en su cuidado. Por ejemplo, podemos informar a la persona que le acompañó a la sala de emergencias, que sufrió un ataque cardíaco y proporcionar actualizaciones sobre su progreso y pronóstico. También podemos utilizar nuestro juicio profesional y experiencia para hacer inferencias razonables que está en su mejor interés para permitir que otra persona actuar en su nombre para recoger, por ejemplo, llenadas de recetas, suministros médicos o los rayos x.

- **Registro de vacunas.** Puede que divulguemos prueba de inmunización a una escuela donde estado u otra ley lo requiere antes de admitir a un estudiante. Escrito no se requiere autorización, pero aún debe obtener un acuerdo, que puede ser oral.
- **Registros de fallecimientos.** Podemos divulgar PHI del difunto a sus familiares y otros que estuvieron involucrados en el cuidado o el pago por cuidado de un difunto antes de la muerte.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA

No utilizar o divulgar su información médica para fines que no sean las señaladas en los apartados anteriores sin su específica autorización escrita. Si usted nos da la autorización para usar o divulgar información médica sobre usted, usted puede revocar dicha autorización, **por escrito**, en cualquier momento. Si revoca su autorización, que se ya no usemos o divulguemos información acerca de usted por las razones cubiertas por su autorización por escrito, pero nosotros no podemos recuperar cualquier usos o divulgaciones ya hechos con su permiso.

En algunos casos, es posible que debamos autorización específica y por escrito de usted con el fin de revelar ciertos tipos de información especialmente proteger su información médica y requerir su autorización.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

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

- **Derecho de inspeccionar y copiar.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud, tales como registros médicos y de facturación, que mantenemos y utiliza para tomar decisiones sobre su atención. Usted debe presentar una solicitud por escrito al oficial de privacidad de GSHCS para inspeccionar o copiar los registros de su información médica. Si usted solicita una copia de la información, podemos cobrar una cuota por los costos de copiado, envío por correo u otros suministros asociados. Nosotros le notificaremos los costos involucrados y usted puede optar por retirar o modificar su petición en ese momento antes de incurrir en costes. Una petición modificada puede incluir solicitar un Resumen de su expediente médico.

Si usted solicita para ver una copia de su información médica, no le cobrará para examinar su información de salud. Si usted desea revisar su información médica, por favor, envíe su solicitud por escrito al oficial de privacidad de GSHCS. También, usted tiene el derecho de solicitar una copia de su información médica en formato electrónico, si usted está solicitando la información de salud se almacena electrónicamente.

Podemos negar su petición para inspeccionar y/o copiar su registro o partes de su registro en ciertas circunstancias limitadas. Si se le niega copias o acceso a la información médica que mantenemos acerca de usted, usted puede pedir revisar nuestro rechazo. Si la ley le otorga un derecho a tener nuestro rechazo revisado, seleccionaremos un profesional médico autorizado para revisar su solicitud y nuestro rechazo. La persona que realice la revisión no será la persona que negó su petición, y cumpliremos con el resultado de la revisión.

- **Derecho a enmendar.** Si crees que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que enmendemos la información. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda mientras la información es mantenida por el sistema de salud de buen Pastor.

Para solicitar una enmienda, complete y envíe un formulario de enmienda de registros médicos al oficial de privacidad de GSHCS.

Podemos negar su petición para una enmienda si su petición no es por escrito o no incluye una razón para apoyar la solicitud. Además, podemos negar o parcialmente negar su petición si nos pide que enmendemos información que:

- Nosotros no creamos, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no está disponible para hacer la enmienda
- No es parte de la información médica que mantenemos
- No le sea permitido inspeccionar y copiar
- Sea precisa y completa

Si le niegan o parcialmente negar su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho a una refutación y solicitar la refutación hacerse una parte de su expediente médico. Tenemos el derecho de presentar una refutación respondiendo a la tuya en su expediente médico. Usted también tiene el derecho de solicitar que todos los documentos asociados con la solicitud de enmienda (incluyendo la refutación) transmitirse a terceros cualquier momento esa parte de su expediente médico es revelada.

Derecho a una contabilidad de accesos. Usted tiene el derecho de solicitar un "informe de divulgaciones". Esta es una lista de las revelaciones que hizo de su información médica para fines que no sean de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, cuando específicamente autorizado por usted y un número limitado de circunstancias especiales que involucran la seguridad nacional, instituciones penitenciarias y policiales.

Para obtener esta lista, debe enviar su solicitud por escrito al oficial de privacidad de GSHCS. Debe indicar un período de tiempo, que no puede tener más de seis años. Su petición debe indicar en qué forma quiere la lista (por ejemplo, en el papel, electrónicamente). La primera lista que usted solicite en un plazo de 12 meses será gratis. Para listas adicionales, podríamos cobrarle por los costos de proporcionar la lista. Nosotros le notificaremos los costos involucrados y usted puede optar por retirar o modificar su petición en ese momento antes de incurrir en costos.

Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información médica que utilizamos o revelamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Usted también tiene derecho a solicitar un límite en la información de salud que divulguemos sobre usted a alguien que está involucrado en su cuidado o el pago para él, como un familiar o amigo. Por ejemplo, usted podría pedir que no utilicemos o revelemos información sobre una cirugía que había.

Estamos obligados a aceptar su solicitud si usted paga por el tratamiento, servicios, suministros y las recetas "bolsillo" y solicita la información no serán comunicados a su plan de salud para fines de operaciones de pago o atención médica. Puede haber casos donde estamos obligados a revelar esta información si es requerido por ley. Para solicitar restricciones, puede comunicarse con el oficial de privacidad de GSHCS.

No estamos obligados a aceptar su petición. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su petición a menos que la información es necesaria para

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

Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted puede comunicarse con oficial de privacidad de GSHCS. No le preguntará la razón de su petición. Acomodaremos todas las peticiones razonables. Su petición debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

- **Derecho a la notificación de una violación.** Usted tiene el derecho de ser notificado de un incumplimiento de la PHI sin garantía en caso de que usted se ven afectados. Se realizará una evaluación del riesgo para determinar si ha ocurrido una violación y notificación está garantizada.
- Derecho a la exención comunicación de recaudación de fondos. Usted puede ser contactado por el centro de salud de buen Pastor sobre recaudación de fondos. Usted tiene el derecho a optar por no recibir más comunicación de recaudación de fondos.
- **Derecho a una copia impresa de esta notificación.** Usted tiene el derecho a una copia impresa de esta notificación. Usted puede pedirnos que le dé una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si usted ha aceptado recibir electrónicamente, todavía tienen derecho a una copia en papel. [También puede encontrar una copia de este aviso en nuestro sitio web.]

Para obtener dicha copia, póngase en contacto con el oficial de privacidad de GSHCS.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y para hacer el Aviso revisado o cambiado eficaz para información médica que tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Vamos a publicar el aviso actual en nuestra localización con su Fecha de vigencia en la esquina superior derecha. Usted tiene derecho a una copia del aviso vigente.

Le informaremos de cualquier cambio significativo en este aviso. Esto puede ser a través de nuestro boletín, claramente señalado en nuestro lugar, un aviso publicado en nuestro sitio web u otros medios de comunicación.

QUEJAS

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con nuestra oficina o con la Secretaria del Departamento de salud y servicios humanos en:

Office for Civil Rights Region X
U.S. Department of Health & Human Services
Linda You Connor, Regional Manager
2201 Sixth Avenue – M/S: RX-11
Seattle, WA 98121-1831
Voice Phone (800) 368-1019
FAX (206) 615-2297

1

TDD (800) 537-7697 To presente su queja al Good Shepherd Health Care System, llamenos GSHCS Privacy Officer, at 541-667-362 ***Usted no sera penalizado por presenta una queja.***