

**Asher Community  
Health Center**

712 Jay Street  
PO Box 307  
Fossil, Oregon 97830  
asherhealth.org  
(541) 763-2725  
susanm@asherhealth.net

**Su información.**  
**Sus derechos.**  
**Nuestras responsabilidades.**

Este aviso describe el modo en que se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información. **Revíselo con atención.**

**Sus  
derechos**

**Tiene derecho a:**

- Obtener una copia de su historia clínica electrónica o en papel
- Corregir su historia clínica electrónica o en papel
- Solicitar la comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien para que actúe por usted
- Presentar una queja si cree que no se respetaron sus derechos de privacidad

➤ **Vea la página 2**  
*para obtener más información sobre estos derechos y cómo ejercerlos*

**Sus  
opciones**

**Tiene algunas opciones para decidir la manera en que usamos y compartimos información cuando:**

- Le contamos a su familia y amigos sobre su afección
- Proporcionamos ayuda ante un desastre
- Lo incluimos en el directorio de un hospital
- Proporcionamos atención de salud mental
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información
- Recaudamos fondos

➤ **Vea la página 3**  
*para obtener más información sobre estas opciones y cómo aplicarlas*

**Nuestros  
usos y  
divulgaciones**

**Podemos usar y compartir su información cuando:**

- Lo tratamos
- Dirigimos nuestra organización
- Facturamos sus servicios
- Ayudamos con asuntos de salud y seguridad públicas
- Investigamos
- Cumplimos con la ley
- Respondemos ante solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajamos con un médico forense o con un director de funeraria
- Atendemos las solicitudes de compensación para trabajadores, de las autoridades de cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno
- Respondemos demandas o acciones legales

➤ **Vea las páginas 3 y 4**  
*para obtener más información sobre estos usos y divulgaciones*

## Sus derechos

**Cuando se trata de su información de salud, usted tiene determinados derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de sus responsabilidades para ayudarlo.

### Obtener una copia electrónica o en papel de su historia clínica

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o en papel de su historia clínica y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente en los 30 días posteriores a su solicitud. Puede que cobremos una tarifa razonable basada en el costo.

### Solicitar que corrijamos su historia clínica

- Puede pedir que corrijamos la información de salud sobre lo que usted considere incorrecto o incompleto. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Puede que neguemos su solicitud, pero le explicaremos por qué en el plazo de 60 días por escrito.

### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos el correo a una dirección diferente.
- Aceptaremos todas las solicitudes razonables.

### Solicitar que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede solicitar **que no** usemos o compartamos cierta información de salud para tratamientos, pagos o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos negarnos si afectara su atención.
- Si paga por un servicio o un artículo de atención médica de su propio bolsillo en su totalidad, puede solicitar que no compartamos esa información por motivos de pago o de nuestras operaciones con su aseguradora médica. Aceptaremos a menos que una ley nos exija compartir esa información.

### Obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (un informe) de las veces que hemos compartido su información de salud en los seis años previos a la fecha en la que la solicita, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como aquellas que haya solicitado que realicemos). Proporcionaremos un informe al año gratuitamente pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de 12 meses.

### Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso de manera electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

### Elegir a alguien para que actúe por usted

- Si usted ha otorgado a alguien un poder de atención médica o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona cuente con esta potestad y pueda actuar en su nombre antes de que tomemos cualquier medida.

### Presentar una queja si cree que no se respetan sus derechos

- Puede quejarse si considera que no respetamos sus derechos comunicándose con nosotros con la información que aparece en la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (*Department of Health and Human Services*) enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

## Sus decisiones

**Para cierta información de salud, puede comunicarnos lo que decida que compartamos.** Si tiene una preferencia sobre la manera en las que podremos compartir su información en las situaciones descritas a continuación, comuníquese con nosotros. Cuéntenos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

**En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de indicarnos lo siguiente:**

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención
- Compartir información en una situación de ayuda ante desastres
- Incluir su información en el directorio de un hospital

*Si no puede indicarnos su preferencia, por ejemplo porque se encuentra inconsciente, podemos proceder y compartir su información si consideramos que es lo más conveniente para usted.*

*También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*

**En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos otorgue un permiso por escrito:**

- Fines de comercialización
- Venta de su información
- La mayoría de las divulgaciones de las notas de psicoterapia

**En los casos de recaudación de fondos:**

- Podemos contactarlo por iniciativas de recaudación de fondos, pero puede indicarnos que no volvamos a hacerlo otra vez.

## Nuestros usos y divulgaciones

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

Solemos usar o compartir su información de salud en los siguientes casos.

**Al tratarlo**

- Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que estén tratándolo.

***Ejemplo:** Un médico que esté tratándolo por una lesión solicita a otro médico información sobre su situación médica general.*

**Al dirigir nuestra organización**

- Podemos usar y compartir su información de salud para ejercer la práctica profesional, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

***Ejemplo:** Usamos la información de salud sobre usted para administrar su tratamiento y sus servicios.*

**Al facturar sus servicios**

- Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y obtener el pago por parte de los planes de salud u otras entidades.

***Ejemplo:** Proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro de salud para que pague por sus servicios.*

*continúa en la página siguiente*

**¿Cómo más podemos usar o compartir su información de salud?** Se nos permite o exige compartir su información en otros casos —usualmente de maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación—. Debemos cumplir muchas condiciones de la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, visite [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

---

**Al ayudar con asuntos de salud y seguridad públicas**

- Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones, como las siguientes:
  - Prevenir una enfermedad
  - Ayudar con retiros de productos
  - Informar reacciones adversas a medicamentos
  - Informar las sospechas de maltrato, negligencia o violencia doméstica
  - Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de alguien

---

**Al investigar**

- Podemos usar o compartir su información para investigaciones médicas.

---

**Al cumplir la ley**

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este desea ver que estemos cumpliendo con la ley de privacidad federal.

---

**Al responder ante solicitudes de donación de órganos y tejidos**

- Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

---

**Al trabajar con un médico forense o con un director de funeraria**

- Podemos compartir información de salud con un funcionario encargado de investigar una muerte, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona muere.

---

**Al atender las solicitudes de compensación para trabajadores, de las autoridades de cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno**

- Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:
  - Para los reclamos de la compensación para trabajadores
  - A los efectos de cumplir con la ley o con un funcionario de orden público
  - Con las agencias que supervisan la salud en el caso de actividades autorizadas por la ley
  - Para las funciones especiales del gobierno como las fuerzas armadas, la seguridad nacional y los servicios de protección presidencial

---

**Al responder demandas o acciones legales**

- Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden del tribunal o administrativa, o en respuesta a una citación.

---

*Asher Community Health Center es parte de un acuerdo organizado de atención médica que incluye a los participantes de OCHIN. Hay una lista actualizada de los participantes de OCHIN en [www.ochin.org](http://www.ochin.org). Como socio comercial de Asher Community Health Center, OCHIN proporciona tecnología de la información y servicios relacionados a Asher Community Health Center y a otros participantes de OCHIN. OCHIN también participa en evaluaciones de calidad y actividades de mejora en nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer estándares de buenas prácticas y evaluar los beneficios clínicos que pueden derivar del uso de sistemas de registros médicos electrónicos. Asimismo, OCHIN ayuda a los participantes a trabajar de manera colaborativa para mejorar la gestión y las remisiones de pacientes internas y externas. Asher Community Health Center puede compartir su información de salud personal con otros participantes de OCHIN o en un intercambio de información médica únicamente cuando sea necesario para el tratamiento médico o por motivos de las operaciones de atención médica del acuerdo organizado de atención médica. Las operaciones de atención médica pueden incluir, entre otras cosas, geocodificar su lugar de residencia para mejorar los beneficios clínicos que recibe. La información de salud personal puede incluir información médica pasada, presente y futura, así como la información detallada en las normas de privacidad. La información —en la medida en que se divulgue— se divulgará de acuerdo con las normas de privacidad o cualquier otra ley aplicable según se modifique ocasionalmente. Tiene derecho a cambiar de parecer y a retirar este consentimiento, sin embargo, es posible que la información ya se haya proporcionado de acuerdo con su autorización. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que usted lo revoque por escrito. Si se solicita, se le proporcionará una lista de las entidades a las que se divulgó su información.*

## Nuestras responsabilidades

---

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le comunicaremos de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia de este documento.
- Usaremos y compartiremos su información únicamente como se describe en el presente aviso a menos que nos indique que podemos hacerlo de otra manera por escrito. Si nos autoriza a hacerlo, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Comuníquenos por escrito si cambia de parecer.
- Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted.

### Cambios en los términos de este aviso

- Nos reservamos el derecho a cambiar este aviso y a hacer que el aviso revisado o modificado se aplique a la información médica sobre usted que ya tengamos así como a la información que recibamos en el futuro. Publicaremos el aviso vigente o un resumen del aviso vigente en el consultorio con la fecha de vigencia en la parte superior del aviso. Tiene derecho a recibir una copia del aviso en vigencia actualmente.

Si tiene preguntas sobre este aviso, comuníquese con el funcionario de seguridad de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA) de nuestro consultorio al (541) 763-2725 o escribanos a Asher Community Health Center, PO Box 307, Fossil, OR 97830

---

Funcionaria de privacidad: Susan Moore  
Número de Teléfono: (541) 763-2725

Correo electrónico: [susanm@asherhealth.net](mailto:susanm@asherhealth.net)