



## Aviso de prácticas de privacidad

---

**Fecha de entrada en vigencia:** 14 de abril de 2003

**Este aviso fue corregido el 1 de febrero de 2015**

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revísela con cuidado.**

Advanced Health está comprometido con la protección de su información. Comuníquese con nuestro oficial de privacidad si tiene preguntas sobre este aviso o si necesita más información:

Oficial de privacidad: Oficial de privacidad de Advanced Health

Dirección postal: 289 LaClair Street,  
Coos Bay, Oregon 97420

Teléfono: 541-269-7400 ♦ Número gratuito: 1-800-264-0014 ♦ TTY (para personas con problemas auditivos) 1-877-769-7400.

Fax: 541-269-7789

Correo electrónico: [mike.hale@advancedhealth.com](mailto:mike.hale@advancedhealth.com)

### **Acerca de este aviso**

La ley nos exige lo siguiente:

- Proteger su información médica
- proporcionarle un Aviso que describa nuestras prácticas de privacidad
  - este aviso también describe sus derechos y nuestras responsabilidades

### **¿Qué es la información médica protegida?**

La “información médica protegida” (PHI, por sus siglas en inglés) es información que lo identifica a usted. Esta es información que creamos o recibimos de los siguientes:

- usted
- un proveedor de atención médica
- un plan de salud
- su empleador
- o un centro de intercambio de información sobre servicios médicos

### **Cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida**

**Para tratamiento.** Podemos usar o divulgar su PHI para tratamientos o servicios médicos. Podemos también usar esta información para administrar su atención médica.

**Por ejemplo:** Podemos proporcionarle su PHI a otro sistema de atención médica para coordinar su atención.

**Para el pago.** Podemos usar o divulgar su PHI para pagar sus servicios de atención médica.

**Por ejemplo:** Podemos divulgar su información de seguro a su farmacia para surtir sus recetas.

**Para operaciones de atención médica.** Podemos usar o divulgar su información para administrar programas y actividades.

**Por ejemplo:** Podemos usar su PHI para revisar la calidad de los servicios que está recibiendo.

### ***Sus derechos***

**Esta sección explica sus derechos. Esta sección también explica nuestras responsabilidades para ayudarlo.**

**Para solicitar este aviso en otro idioma, letra más grande, Braille u otro formato, comuníquese con nuestro Departamento de Atención al Cliente. Actualmente, el aviso está disponible en inglés y español.**

### **Derecho a inspeccionar y obtener una copia de registros médicos y de reclamos**

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros médicos y de reclamos que tenemos sobre usted
- Puede que cobremos un cargo razonable

Para solicitar una copia electrónica o en papel, envíe una carta a la siguiente dirección:

Advanced Health

**Customer Service Department**

289 LaClair Street

Coos Bay, Oregon 97420

### **Solicítenos que corrijamos registros médicos y de reclamos**

- Si considera que sus registros incluyen información errónea o incompleta:
  - Puede solicitar que se enmiende su información

- Debe enviarnos una carta donde figure:
    - qué quiere enmendar y
    - por qué quiere que se haga la enmienda
  - Puede que rechacemos su solicitud en determinados casos, entre los que se incluyen los siguientes:
    - si no está hecha por escrito
    - si no justifica su solicitud con una razón
- Si no realizamos la modificación, se lo informaremos por escrito dentro de los 60 días.

### **Solicite comunicaciones confidenciales**

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de determinada forma. Por ejemplo:
  - a su casa
  - a su teléfono de la oficina o
  - mediante el envío de correo a una dirección diferente
- Revisaremos todas las solicitudes. Sí modificaremos las solicitudes que indiquen que, de no hacerlo, usted estaría en peligro.

### **Solicítenos que limitemos lo que usamos o compartimos**

- Puede solicitarnos que no usemos o divulguemos determinada información médica para:
  - tratamiento
  - pago
  - o operaciones de atención médica.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud.  
***Por ejemplo:*** Podemos rechazar su solicitud si afectaría su atención

### **Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido la información**

Puede solicitar una lista de las oportunidades en las que hemos compartido su información. Estas oportunidades incluyen los seis años anteriores de la fecha de la solicitud. Le informaremos con quién la compartimos y por qué.

- Le informaremos acerca de todo lo que compartimos, a excepción de lo siguiente:
  - tratamiento
  - pago
  - operaciones de atención médica, y
  - otro tipo de información divulgada (como cualquiera que nos haya solicitado hacer).

Usted puede, cada año, solicitar un informe de la información divulgada de forma gratuita. Para cualquier informe adicional cada año, cobraremos un cargo razonable.

### **Obtenga una copia de este aviso de privacidad**

Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento.

### **Elija que alguien actúe en su nombre**

- Si autorizó a alguien a actuar en su nombre, entonces
  - esa persona puede tomar decisiones por usted
  - esa persona puede hacer elecciones sobre su información médica
- Nos aseguraremos de que la persona goce de esta autoridad antes de realizar lo siguiente:
  - brindarles información a ellos o
  - permitirles actuar en su nombre.

### ***Sus elecciones***

**Para determinada información médica, usted puede indicar qué quiere que compartamos.**

Usted tiene el derecho y puede elegir solicitarnos que:

- Compartamos información con las siguientes personas:
  - su familia
  - amigos cercanos
  - o otras personas relacionadas con su atención

***Por ejemplo:*** Podemos divulgar su PHI con su cónyuge, cuando viene a nuestra oficina con usted.

Nosotros *nunca* podremos divulgar su información para los siguientes fines sin su autorización por escrito.

- Fines de comercialización
- Venta de su información
- Salud mental
- La mayoría de los casos en los que se toman notas de psicoterapia
- Tratamiento por VIH o drogadicción
- Tratamiento por alcoholismo
- Análisis genéticos

## ***Nuestros usos y divulgaciones***

Estamos autorizados o debemos compartir su información de otras formas que sean para el bien común.

Por ejemplo:

- salud pública
- investigación

## **Contribuir con la salud pública y los asuntos de seguridad**

Podemos compartir información médica sobre usted para lo siguiente:

- Prevención de enfermedades  
***Por ejemplo:*** Si tiene gripe. Debemos informárselo a nuestro departamento sanitario local.
- Información de sospecha de maltrato, abandono o violencia doméstica  
***Por ejemplo:*** Si sospechamos que existe maltrato, abandono o violencia doméstica, la ley exige que investiguemos estos informes.
- Prevención o reducción de una amenaza grave a la salud o la seguridad de alguien  
***Por ejemplo:*** Si tuviéramos que abandonar nuestro edificio a causa de un incendio. Si pensamos que está en el edificio, le podríamos avisar a los miembros de la patrulla de emergencia quién es usted para que puedan encontrarlo.
- Divulgar información durante un desastre  
***Por ejemplo:*** Si usted está inconsciente, podemos divulgar su información para ayudarlo.

## **Hacer investigaciones**

Podemos usar o divulgar su información con fines de investigación. La mayoría de la información que usamos no lo identifica.

***Por ejemplo:*** Podríamos intentar averiguar cómo o por qué muchas personas contrajeron una enfermedad.

## **Cumplir con la ley**

Divulgaremos información sobre usted si las siguientes leyes:

- de la ciudad
- del condado
- del estado
- o federales, así lo exigen.

***Por ejemplo:*** Le podremos informar al departamento de salud del condado que usted tiene gripe.

**Responder a otras solicitudes:**

Podemos divulgar información médica con los siguientes:

- empresas que aceptan órganos
- un investigador forense
- un médico forense
- o un director de servicios funerarios

**Por ejemplo:** Podemos proporcionarle información a un investigador forense para comprender la causa del fallecimiento.

**Para los reclamos de compensación al trabajador**

Podemos divulgar su información a los programas de compensación al trabajador.

**Por ejemplo:** Podemos divulgar la PHI con la aseguradora de la Compensación al trabajador para que pague por sus servicios de salud

**Militares, veteranos, miembros de seguridad nacional e inteligencia:**

Si usted:

- es o fue miembro de las fuerzas armadas
- o miembro de las comunidades de seguridad nacional
- o de inteligencia, es posible que debamos divulgar información médica sobre usted

**Por ejemplo:** Si la ley exigiera divulgar información médica a las fuerzas armadas para su reclutamiento, brindaríamos esa información con su consentimiento.

**Responder a juicios y acciones legales**

Podemos divulgar información sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa.

**Por ejemplo:** En caso de citación, compartiremos toda la información según lo exija la ley.

**Fotografías, citas, historias**

Si nosotros:

- tomamos una fotografía de usted
- citamos sus palabras o historia para cualquiera de nuestros proyectos, le solicitaremos su consentimiento por escrito.

**Por ejemplo:** Podemos fotografiarlo y publicar la fotografía en nuestro sitio web. Esta fotografía puede contener su nombre.

**Actividades de supervisión sanitaria:**

Podemos divulgar información médica para lo siguiente:

- una agencia de supervisión sanitaria para auditorías
- investigaciones
- inspecciones
- o fines de obtención de licencias.

**Por ejemplo:** Podemos divulgar información con una empresa que supervisa cómo le brindamos servicios a usted.

## **Nuestras responsabilidades**

- Mantener la privacidad y la seguridad de su PHI
- Le informaremos si se divulga su información incorrectamente
- Debemos obedecer las normas de este aviso
- Debemos proporcionarle una copia de este aviso
- No usaremos ni compartiremos su información de otra forma que no sea la descrita en este aviso, a menos que usted lo autorice por escrito.
  - Si nos autoriza, puede cambiar de parecer en cualquier momento.
    - Si cambia de parecer, dejaremos de usar o compartir la información sobre usted.
  - No podemos retirar usos y divulgaciones ya realizados. Comuníquenos por escrito si cambia de parecer.

## **Cambios en los términos de este aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso. Los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible de la siguiente forma:

- a solicitud
- en nuestro sitio web
- en nuestro manual de miembros
- o le podemos enviar una copia por correo.
- Publicaremos también una copia en nuestro
  - Departamento de Atención al Cliente
  - y en nuestra tienda de suministros

## **Presente una queja si siente que se han violado sus derechos**

Para presentar una queja o informar un problema sobre cómo hemos usado la información sobre usted, comuníquese con:

**Advanced Health**

Compliance Officer

289 LaClair Street,

Coos Bay, Oregon 97420

Local: 1-541-269-7400

Número gratuito: 1-800-264-0014

TTY/TDD: 877-769-7400

Correo electrónico: [kathy.ingram@AdvancedHealth.com](mailto:kathy.ingram@AdvancedHealth.com)

o comuníquese con:

**State of Oregon Department of Human Services**

Governor's Advocacy Office

500 Summer St. NE, E17

Salem, Oregon 97301-1097

Fax: 503-378-6532

TTY/TDD: 503-945-6214

Correo electrónico: [GAO.info@state.or.us](mailto:GAO.info@state.or.us)

Sitio web: <http://www.oregon.gov/dhs/aboutdhs/Pages/gao.aspx>

- **State of Oregon Department of Human Services**

Privacy Officer

500 Summer Street NE, E24

Salem, Oregon 97301

Teléfono: 1-503-945-5780

Número gratuito: 1-800-442-5238

Correo electrónico: [dhs.privacyhelp@state.or.us](mailto:dhs.privacyhelp@state.or.us)

Sitio web: [www.oregon.gov/OHA/Pages/index.aspx](http://www.oregon.gov/OHA/Pages/index.aspx)

- **Office for Civil Rights-Medical Privacy, Complaint Division**

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Ave., SW

Washington, D.C. 20201

Teléfono: 1-866-696-6775, TTY: 1-866-788-4989

Sitio web: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)

**\*\*IMPORTANTE:** *Sus beneficios del seguro no se verán afectados por las quejas que presente. No podemos recriminarle si realiza lo siguiente:*

- *presenta una queja*
- *coopera en una investigación*
- *se niega a aceptar algo que usted considera ilegal*