



Aviso de prácticas de privacidad

Fecha de entrada en vigor: 14 de abril de 2003

Este aviso se revisó el 23 de agosto de 2023

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Advanced Health se compromete a proteger su información. Comuníquese con nuestro director de Privacidad si tiene alguna pregunta sobre este aviso o si necesita más información:

Director de privacidad: Advanced Health Privacy Officer
Dirección de correo postal: 289 LaClair Street
Coos Bay, Oregon 97420
Teléfono: 541-269-7400 ♦ Llamando sin costo: 1-800-264-0014
♦ TTY 1-877-769-7400
Fax: 541-269-7789
Correo electrónico: mike.hale@advancedhealth.com
erica.hubbard@advancedhealth.com

Sobre este aviso

Por ley debemos:

- Proteger su información médica
- Darle un aviso explicando nuestras prácticas de privacidad
 - Este aviso también explica sus derechos y nuestras responsabilidades

¿Qué es la información médica protegida?

La “información médica protegida” (PHI) es información que lo identifica. Esta información la creamos o la obtenemos de:

- usted
- un proveedor de atención médica
- un plan médico
- su empleador
- o una cámara de compensación de atención médica

Cómo podemos usar y compartir su información médica protegida

Para tratamiento. Podemos usar o compartir su PHI para tratamientos o servicios médicos. También podemos usar esta información para administrar su atención médica.

Ejemplo: Es posible que su PHI se proporcione a otro sistema de atención médica para coordinar la atención para usted.

Para pago. Podemos usar o compartir su PHI para pagar sus servicios de atención médica.

Ejemplo: Es posible que proporcionemos la información de su seguro a su farmacia para surtir sus recetas.

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

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 grande, Braille u otros formatos, comuníquese con nuestro Departamento de Atención al Cliente (Customer Service Department). El aviso está actualmente disponible en inglés y español.

Derecho a inspeccionar y obtener una copia de los registros médicos y de reclamos

- Puede pedir ver u obtener una copia de sus registros médicos y de reclamos que tenemos sobre usted
- Nosotros podemos cobrar un cargo razonable

Para pedir una copia de sus registros, comuníquese con:

Advanced Health

Customer Service Department

289 LaClair Street,

Coos Bay, Oregon 97420

541-269-7400 ♦ Llamada sin costo: 1-800-264-0014 ♦ TTY 1-877-769-7400

Pedirnos corregir registros médicos y reclamos

- Si cree que alguna información en sus registros es incorrecta o falta algo:
 - Puede solicitar una modificación de su información
 - Debe enviarnos una carta que indique:
 - lo que quiere modificar, y
 - por qué quiere hacerlo
 - Podemos rechazar su pedido en ciertos casos; esto puede incluir:
 - si no es por escrito
 - si no nos da un motivo para el pedido
- Si no hacemos el cambio, le informaremos el motivo por escrito en 60 días.

Pedir comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de cierta manera. Por ejemplo:
 - a su casa
 - al teléfono de la oficina,, o
 - enviando un correo a una dirección diferente
- Revisaremos todos los pedidos. Diremos “sí” si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información médica para:
 - tratamiento
 - pago
 - operaciones de atención médica.
- No estamos obligados a aceptar su pedido.

Ejemplo: Podríamos rechazar su pedido si eso afectara su atención

Recibir una lista de las personas con las que hemos compartido la información

Puede pedir una lista de las veces que hemos compartido su información. Estas veces incluyen los seis años anteriores a la fecha que usted lo pida. Le diremos con quién la compartimos y por qué.

- Le contaremos todo lo que compartimos excepto por:
 - tratamiento
 - pago
 - operaciones de atención médica, y
 - algunas otras revelaciones (como las que usted nos haya pedido que hagamos).

Cada año podrá disponer de un reporte de estas revelaciones de manera gratuita. Por cualquier reporte extra cada año le cobraremos un cargo razonable.

Recibir una copia de este aviso de privacidad

Usted puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si le ha dado permiso a alguien para que actúe en su nombre:
 - esa persona puede tomar decisiones por usted
 - esa persona puede tomar decisiones sobre su información médica
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad antes de:
 - proporcionarle cualquier información, o
 - permitirle actuar en su nombre.

Sus opciones

Para cierta información médica, usted puede decirnos qué quiere que compartamos.

Usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Compartamos información con:
 - su familia
 - amigos cercanos
 - otras personas implicadas en su cuidado

Ejemplo: Podemos compartir su PHI con su cónyuge cuando lo acompañe a nuestra oficina.

Nunca compartimos su información para el siguiente propósito sin su autorización por escrito.

- Propósitos de marketing
- Vender su información
- Salud mental
- La mayoría de las notas de psicoterapia
- Tratamiento de VIH o abuso de sustancias
- Tratamiento por abuso de alcohol
- Pruebas genéticas

Nuestros usos y revelaciones

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras que sean para el bien público, como:

- salud pública
- investigación

Para ayudar con problemas médicos y seguridad pública

Podemos compartir información médica sobre usted para:

- Prevenir enfermedades

Ejemplo: Si tiene gripe. Estamos obligados a informar esto a nuestro Departamento de Salud (health department) local.

- Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica

Ejemplo: Si sospechamos de abuso, negligencia o violencia doméstica, la ley nos exige que investiguemos estos reportes.

- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de alguna persona

Ejemplo: Si tuviéramos que abandonar nuestro edificio debido a un incendio. Si pensamos que usted estaba en el edificio, podemos decirle a los miembros del equipo de emergencia quién es usted para que puedan encontrarlo.

- Compartir información durante un desastre

Ejemplo: Por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información para ayudarlo.

Para hacer investigaciones

Podemos usar o compartir su información para investigaciones. La mayor parte de la información que usamos no lo identifica.

Ejemplo: Podemos intentar descubrir cómo o por qué muchas personas contrajeron una enfermedad.

Para cumplir la ley

Compartiremos información sobre usted si:

- la ciudad
- el condado
- el estado
- o las leyes federales lo exigen.

Ejemplo: Informaríamos que tiene gripe al Departamento de Salud del condado.

Responder a otros pedidos:

Podemos compartir información médica con:

- negocios que aceptan órganos
- un médico forense
- un examinador médico
- o un director funerario

Ejemplo: Es posible que le demos información a un médico forense para comprender la causa de muerte.

Para reclamos de Compensación de los trabajadores

Podemos revelar su información a programas de Compensación de los trabajadores.

Ejemplo: Podemos compartir su PHI con la aseguradora de Compensación de los trabajadores para pagar sus servicios médicos

Militares, veteranos, seguridad nacional e inteligencia:

Si usted:

- es o fue miembro de las fuerzas armadas
- o parte de la seguridad nacional
- o de comunidades de inteligencia, es posible que nos pidan que revelemos información médica sobre usted.

Ejemplo: Si la ley nos exige revelar información médica a las Fuerzas Armadas para su alistamiento, le daremos la información con su consentimiento.

Para responder a demandas y acciones legales

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

Ejemplo: Si nos citan, compartiremos toda la información que nos exija la ley.

Fotos, citas, historias

Si:

- tomamos su foto
- citamos sus palabras o historia para cualquiera de nuestros proyectos, le pediremos su consentimiento por escrito.

Ejemplo: Podemos tomarle una foto y publicarla en nuestro sitio web. Esta foto puede contener su nombre.

Actividades de supervisión médica:

Podemos compartir información médica con:

- una agencia de supervisión médica para auditorías
- investigaciones
- inspecciones
- fines de licencia.

Ejemplo: Podemos compartir información con una compañía que revisa cómo le prestamos servicios.

Nuestras responsabilidades

- Mantener la privacidad y seguridad de su PHI
- Le informaremos si su información se comparte incorrectamente
- Debemos seguir las reglas de este aviso
- Debemos darle una copia de este aviso
- No usaremos ni compartiremos la información de otra manera que no sea la que se describe en este aviso, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo.
 - Si nos autoriza hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento.
 - Si cambia de opinión, ya no usaremos ni compartiremos información sobre usted.
 - No podemos retirar ningún uso o intercambio que se haya hecho. Avísenos por escrito si cambia de opinión.

Cambios a 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:

- cuando se pida
- en nuestra página web
- en nuestro manual para miembros
- o podemos enviarle una copia por correo.
- También publicaremos una copia en nuestro
 - Departamento de Servicio al Cliente
 - Nuestra tienda de suministros

Presentar una queja si cree que se violan sus derechos

Para presentar una queja o reportar un problema sobre cómo hemos usado su información, comuníquese con:

Advanced Health

Chief Compliance Officer

289 LaClair Street,

Coos Bay, Oregon 97420

541-269-7400 ♦ Llamada sin costo: 1-800-264-0014 ♦ TTY 1-877-769-7400

Email: mike.hale@advancedhealth.com

o comuníquese con:

**Departamento de Servicios Humanos del Estado de Oregon (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: 503-945-6904
Llamada sin costo: 800-442-5238
Correo electrónico: GAO.info@odhs.oregon.gov

- **Departamento de Servicios Humanos del Estado de Oregon**
Privacy Officer
500 Summer Street NE, E24
Salem, Oregon 97301
Teléfono: 1-503-945-5780
Línea gratis: 1-800-442-5238
Correo electrónico: dhs.privacyhelp@state.or.us
Sitio web: www.oregon.gov/OHA/Pages/index.aspx
- **Oficina de Derechos Civiles-Privacidad Médica, División de Quejas (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/

****IMPORTANTE:** *Los beneficios de su seguro no se verán afectados por ninguna queja que presente. No podemos reprocharle si:*

- *presenta una queja*
- *coopera en una investigación*
- *se niega a aceptar algo que cree que es ilegal*

Puede obtener este formulario en otros idiomas, letra grande, Braille o el formato que prefiera. También puede pedir un intérprete. Esta ayuda es gratis. Llame a Servicio al Cliente #541-269-7400 o TTY #711. Aceptamos llamadas de retransmisión.

