

# Aviso de Prácticas de Privacidad

El aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo usted puede tener acceso a esta información.



**St. Charles**  
HEALTH SYSTEM

Este Aviso de las Prácticas de Privacidad se aplica a St. Charles Health System, que incluye a todos los hospitales de St. Charles y las clínicas de St. Charles Medical Group. Estamos comprometidos en proteger la privacidad de la información médica que creamos o recibimos de usted. La información médica que lo identifica a usted (“la información médica protegida” o “la información médica”) incluye su expediente médico y cualquier otra información relacionada con su cuidado médico o el pago por el servicio médico.

### **St. Charles Health System**

2500 NE Neff Road, Bend, OR 97701  
www.stcharleshealthcare.org

### **SCHS Privacy Office (Oficina de Privacidad de SCHC)**

877-847-4535 or 541-706-7760  
privacyofficer@stcharleshealthcare.org

## **Su información. Sus Derechos. Nuestras responsabilidades.**

*Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo usted puede tener acceso a ella. Por favor revísela cuidadosamente.*

## **SUS DERECHOS**

### **Usted tiene derecho a:**

- Obtener una copia escrita o electrónica de su expediente médico
- Solicitar una enmienda a su copia escrita o electrónica de su expediente médico
- Solicitar una comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que divulgamos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de estas prácticas de privacidad
- Escoger a alguien para que tome decisiones por usted
- Presentar un reclamo si Ud. cree que se ha violado su derecho a la privacidad

**Para obtener mayor información sobre estos derechos y cómo ejercerlos, por favor vea las páginas cuatro y cinco.**

## **SUS OPCIONES**

### **Usted puede elegir la forma en que nosotros usamos y divulgamos su información cuando:**

- Hablamos de su estado de salud con su familia y amigos
- Brindamos auxilio en casos de desastre
- Añadimos su información a los directorios del hospital
- Entregamos atención de salud mental
- Publicamos nuestros servicios
- Recaudamos fondos

**Para obtener mayor información sobre estas elecciones y cómo ejercerlas, por favor vea la página seis.**

## **NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES**

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

- Usted recibe un tratamiento médico
- Administramos nuestra organización
- Enviamos recordatorios de citas
- Facturamos por los servicios prestados
- Ayudamos con la salud pública y problemas de seguridad
- Realizamos investigaciones
- Cumplimos con la ley
- Participamos en registros del estado
- Respondemos a solicitudes de donaciones de tejidos u órganos
- Trabajamos con médicos forenses o directores de funerarias
- Respondemos a las solicitudes de la compensación laboral, las agencias del orden público y de gobierno
- Respondemos a solicitudes legales y regulatorias

**Para obtener mayor información sobre usos y divulgaciones, por favor vea de la página siete a la nueve.**

# SUS DERECHOS

## **Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.**

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle a usted.

### **Obtener una copia electrónica o escrita de su expediente médico**

- Usted puede pedir que le muestren o puede obtener una copia electrónica o escrita de su expediente médico u otra información médica. Pregúntenos cómo solicitar esto.
- Usted puede recibir una copia o un resumen de su información médica. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo por esta copia o el resumen.

### **Pedirnos que corrijamos su expediente médico**

- Usted puede pedirnos que corrijamos (enmendar/agregar) su información médica cuando crea que está incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo solicitar esto.
- Podemos negar su solicitud por razones legalmente apropiadas.

### **Solicitar una comunicación confidencial**

- Usted nos puede pedir que lo contactemos en una forma específica (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos correspondencia a una dirección específica.
- Aceptamos todas las solicitudes razonables.

### **Pedirnos que limitemos los que usamos o compartimos**

- Usted puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información médica para tratamiento, pago o para nuestras operaciones administrativas.
- Podemos denegar su solicitud por razones legalmente apropiadas.
- Si usted paga de su bolsillo por el total de un servicio o un producto médico, puede solicitarnos que no compartamos la información de este servicio o producto con su seguro médico. Aceptaremos su solicitud a menos que la ley nos obligue a compartir esta información.

### **Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información**

- Ud. puede pedir una lista (listado de las divulgaciones) de las veces, formas, razones y de la gente con las que hemos compartido su información médica.
- Incluiremos en la lista de divulgaciones todas las divulgaciones, excepto las divulgaciones hechas por tratamiento, pago y funciones de salud, y las divulgaciones solicitadas por usted. Proporcionaremos una lista anual gratis, pero se cobrará una tarifa razonable basada en el costo por cada lista adicional entregada dentro de un período de doce meses.

### **Obtener una copia de estas prácticas de privacidad**

- Usted puede pedir una copia escrita de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha aceptado recibir el aviso electrónicamente.
- Le entregaremos una copia rápidamente.

### **Escoger a alguien para que tome decisiones de salud en su nombre**

- Si usted le ha otorgado a alguien un poder médico, si nombró a alguien como su representante de atención de salud o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos que la persona tiene la autoridad para actuar a nombre suyo antes de seguir las instrucciones de dicha persona o de entregarle a ella o a él alguna información.

### **Presentar un reclamo si Ud. cree que se ha violado su derecho a la privacidad**

- Usted puede presentar un reclamo si cree que hemos violado sus derechos, contactándose con nosotros usando la información entregada en la página 1.
- Puede presentar un reclamo ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visite el sitio de internet. [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias en su contra por presentar un reclamo.

## **Para cierta información médica, usted puede decirnos cuáles son sus opciones sobre lo que compartimos.**

Hable con nosotros si usted tiene una clara preferencia de cómo nosotros compartimos su información en las situaciones que se presentan a continuación. Díganos qué quiere que hagamos y nosotros seguiremos sus instrucciones.

### **Usted tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:**

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado médico.
- Compartamos información en una situación de emergencia
- Incluyamos su información en un directorio del hospital
- Compartamos su afiliación religiosa con nuestro departamento de Servicios de Cuidado Espiritual

*Si usted no puede decirnos su preferencia – por ejemplo, si está inconsciente- tal vez compartamos su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza seria e inminente a la salud o la seguridad.*

### **Usted debe darnos un permiso por escrito para que podamos:**

- Usar y compartir su información con fines publicitarios
- Compartir sus notas de psicoterapia, excepto en raras situaciones

### **En el caso de recaudación de fondos:**

- Podamos contactarlo para la recaudación de fondos.
- Si usted no desea que lo contactemos para recaudar fondos, debe notificarnos por escrito a: St. Charles Foundation, 2500 NE Neff Road, Bend, OR 97701.

## **Generalmente usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras:**

### **Cuando usted recibe un tratamiento médico**

- Podemos usar y compartir su información médica con los profesionales que lo están tratando.

*Ejemplo: Un médico que lo trata a usted por una lesión le pregunta a otro médico acerca de su estado general de salud.*

### **En la administración de nuestra organización**

- Podemos usar y compartir su información médica para administrar nuestra organización, mejorar la atención y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.

*Ejemplo: Usamos su información médica para manejar su tratamiento y los servicios.*

### **Cuando Facturamos por los servicios prestados**

- Podemos usar y compartir su información médica para facturar y obtener pagos de los planes de salud u otras entidades.

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

## **¿De qué otra manera podemos usar y compartir su información médica?**

Estamos autorizados u obligados a compartir su información de otras maneras - por lo general de formas que contribuyen al bien público, tales como la promoción de la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones de la ley antes que podamos compartir su información para estos propósitos.

### **Para obtener mayor información, consulte:**

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

# NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

## **Ayudamos con la salud pública y problemas de seguridad**

Podemos compartir información sobre su salud para ciertas situaciones tales como:

- La prevención de enfermedades
- Ayudar con el retiro de productos del mercado
- Notificación de reacciones adversas a medicamentos
- Notificación de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o seguridad de cualquier persona

## **Realizamos investigaciones**

- Podemos usar o compartir su información para fines de investigación de la salud.

## **Cumplimos con la ley**

- Podemos compartir su información según lo permitan o requieran las leyes estatales o federales.

## **Respondemos a solicitudes de donaciones de tejidos u órganos**

- Podemos compartir su información médica con organizaciones de adquisición de órganos.

## **Trabajamos con un médico forense o un director de una funeraria**

- Podemos compartir información médica sobre usted con un médico forense, un examinador médico o un director de una funeraria.

## **Respondemos a las solicitudes de la compensación laboral, las agencias del orden público y de gobierno**

Podemos usar y compartir su información médica:

- Para reclamos de compensación laboral
- Para fines policiales o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con los organismos de supervisión de la salud para las actividades autorizadas por la ley
- Para funciones especiales de gobierno, tales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

## **Respondemos a las solicitudes legales**

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial, una orden administrativa, una orden de cateo o un citatorio.

## **Participamos en intercambios de información médica**

- Podemos usar y compartir su información médica a través de intercambios electrónicos de información médica para que los profesionales de la salud tengan un acceso fácil a la información, no importando donde lo están tratando. Los intercambios de información médica también se usan para mejorar el tratamiento, la facturación y las operaciones.

## **Nuestras responsabilidades**

- Estamos obligados por la ley a mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber con prontitud si se informa de una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso.
- Le proporcionaremos una copia de este aviso si usted la solicita.
- No usaremos o compartiremos su información de otra forma que la descrita aquí a menos que usted nos diga por escrito que si podemos hacerlo.

## **Para obtener mayor información:**

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

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

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos de usted. El nuevo aviso estará disponible en nuestra oficina y en nuestro sitio de internet, si usted lo solicita.

Para solicitar una copia de su Información médica, un Resumen de la Atención Médica, Enmienda, Anexo, Restricción, o el Formulario del Listado de las Divulgaciones, por favor comuníquese con:

**St. Charles Health System**  
**Health Information Management Department**  
**(Departamento de Administración de la Información de la Salud)**

**2500 NE Neff Road, Bend, OR 97701**

**541-382-4321 ext. 7784, opción 1**

