

Esta notificación describe cómo la información médica puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor, léala con cuidado.

Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso, por favor llame a Project Access NOW al 503 345 6553.

QUIÉNES DEBEN CUMPLIR CON ESTA NOTIFICACION

Esta notificación describe las Prácticas de Privacidad de información utilizada por nuestros empleados, personal, voluntarios y demás personal de oficina.

La Regla de Privacidad HIPAA requiere que Project Access NOW ponga a disposición una Notificación de Prácticas de Privacidad a todos los pacientes y clientes. Esta es la Notificación formal de Project Access. El propósito de esta Notificación es para informarle de sus derechos de privacidad, de las políticas y prácticas de privacidad de Project Access NOW y de cómo Project Access NOW puede usar y compartir su información de salud.

Project Access NOW tiene el derecho a modificar esta Notificación en cualquier momento. Si algún cambio se realiza a esta Notificación, Project Access NOW notificará a los pacientes y los clientes que se han realizado cambios a la Notificación. Notificación de cambios pueden incluir una actualización del boletín de noticias de Project Access NOW o un anuncio publicado en el sitio de web de Project Access NOW. Una copia electrónica de esta Notificación estará disponible para su descarga desde el sitio de web de Project Access NOW. Usted tiene derecho a una copia impresa de esta Notificación si así lo requiere.

INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Esta Notificación se aplica a la información y los registros que tenemos sobre usted, su salud, estado de salud y el cuidado de salud y los servicios que reciben de los profesionales de la salud afiliados a Project Access NOW. Su información de salud puede incluir información creada y recibida por esta oficina, puede ser en forma de registros escritos, electrónicos o de palabras habladas, y puede incluir información sobre su historia clínica, el estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas, actividad relacionada con la facturación e información relacionada con su salud.

Por ley estamos obligados a proveerle esta Notificación. Le informará sobre las maneras en que podemos utilizar y revelar información médica acerca de usted y describe sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de dicha información.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Podemos utilizar y divulgar información de salud para los siguientes propósitos:

- **Para el tratamiento.** Podemos utilizar la información sobre su salud para ayudar a nuestros profesionales afiliados a ofrecerle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar información sobre su salud a médicos, enfermeras, técnicos, personal de oficina u otro personal que participe en el cuidado de usted y su salud.

Por ejemplo, su médico puede que lo este tratando por una condición de su corazón y puede necesitar saber si usted tiene otros problemas de salud que pudieran complicar su tratamiento. Su doctor puede utilizar su historial médico para decidir qué tratamiento es mejor para usted. El doctor también puede comentar a otro doctor sobre su condición, para que este doctor pueda ayudar a determinar el cuidado más apropiado para usted.

Personal diferente en nuestra oficina puede compartir información acerca de usted y divulgarla a personas que no trabajan en nuestra oficina con el fin de coordinar su atención médica, tal como la coordinación de atención entre los proveedores afiliados, evaluar el

tratamiento necesario para la adecuada atención médica para usted y para la programación de citas con afiliados profesionales de la salud. Miembros de la familia y otros profesionales de salud puede ser parte de su atención médica fuera de esta oficina y pueden requerir información que tenemos sobre usted.

Solicitaremos su permiso antes de compartir información de salud con su familia o amigos, a menos que usted este incapacitado de dar su permiso ha dicha divulgación, debido a su condición de salud o de disponibilidad y que a nuestro mejor juicio, el compartir su información de salud sea necesario para proporcionarle atención medica de calidad. Se le dará la oportunidad de oponerse a tales divulgaciones en el momento en que este disponible o capacitado para oponerse a la liberación de su información de salud a sus amigos y familiares.

- **Para pago.** Podemos utilizar y divulgar información sobre su salud para que el tratamiento y los servicios que recibe de afiliados profesionales puedan ser facturados y el pago recolectado de usted, una compañía de seguros o una tercera persona. Por ejemplo, es posible que necesitamos proporcionar información sobre su plan de salud que haya recibido de un afiliado profesional de Project Access NOW, para que su plan pague por la asistencia medica recibida por nuestros afiliados o le reembolse a usted por el servicio. También podemos informar a su plan de salud, sobre un tratamiento que usted recibirá con el fin de obtener previa aprobación o para determinar si su plan pagara por el tratamiento, si aplica.

- **Para operaciones de atención médica.** Podemos utilizar y divulgar información sobre su salud con el fin de asegurarnos de que usted y los demás pacientes reciban atención de calidad en nuestras oficinas. Por ejemplo, podemos usar su información de salud para evaluar el desempeño de nuestros profesionales afiliados de salud que cuidan de usted. También podemos utilizar la información de salud sobre varios o todos nuestros pacientes o clientes para ayudar a nuestros profesionales afiliados a decidir qué servicios adicionales deberíamos ofrecer con el fin de ser más eficientes.

También podemos compartir su información medico con planes de salud que ofrezcan cobertura de seguro medico u otros proveedores de cuidado que velan por usted. Nuestras divulgaciones de su información de salud a planes de cuidado y otros proveedores pueden ser con el propósito de ayudar a estos planes y los proveedores a proporcionar o mejorar la atención, reducir los costos, coordinar y administrar la atención médica y servicios, capacitar al personal y cumplir con la ley.

- **Recordatorios de citas.** Podemos comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita para tratamiento o atención médica.
- **Tratamientos Alternativos.** Podemos informarle o recomendarle sobre posibles opciones o tratamientos alternativos que puedan ser de su interés. Si en algún momento usted no desea recibir dicha información, y nos envía por escrito su deseo de no recibir dicha información, haremos todo lo posible para trabajar con nuestros profesionales afiliados para no proporcionar dicha información en el futuro.
- **Productos y Servicios Relacionados con la Salud.** Le podremos informar acerca de productos o servicios relacionados la salud que puedan ser de su interés.

Por favor indíquenos por escrito a la dirección que aparece en esta no-

tificación, si usted no desea ser contactado para recordatorios de citas, tratamientos alternativos o con productos y servicios relacionados con la salud.

SITUACIONES ESPECIALES

Podremos utilizar o divulgar información médica acerca de usted para los siguientes propósitos, sujeto a todos los requisitos legales y limitantes:

- **Para evitar una amenaza seria a la salud o seguridad.** Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave de su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público u otra persona.
- **Requerido por la ley.** Podremos compartir su información médica cuando sea requerido por ley federal, estatal o local.
- **Investigación.** Podremos utilizar y divulgar información sobre su salud para proyectos de investigación que están sujetos a un proceso especial de aprobación. Su previa aprobación será necesaria si el investigador tendrá acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quién es usted, o de quién participará de su atención en la oficina. Se le ofrecerá la opción de quedar fuera de cualquier investigación relacionada con estudios genéticos.
- **Donación de Órganos y Tejidos.** Si usted es un donante de órganos, podremos divulgar información médica a organizaciones que encargadas de la adquisición de órganos, ojos o tejidos, o un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de tales.
- **Seguridad Nacional, Milicia, Veteranos e Inteligencia.** Si usted es o fue miembro de las fuerzas armadas, parte de la seguridad nacional o de inteligencia, puede que seamos requeridos por el mando militar u otras autoridades gubernamentales a divulgar información sobre su salud. También podremos revelar información acerca de personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras apropiadas.
- **Compensación de Trabajadores.** Podremos revelar información médica sobre usted para la compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proveen beneficios para lesiones o enfermedad relacionadas al trabajo.
- **Riesgos de salud pública.** Podremos revelar información sobre su salud por razones de salud pública con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; nacimientos, fallecimientos, abuso o negligencia, lesiones físicas no accidentales, reacciones a medicamentos o problemas con productos.
- **Actividades de supervisión de salud.** Podremos revelar información de salud a agencias de supervisión para auditorías, investigaciones, inspecciones, o para fines de concesión de licencias. Estas divulgaciones pueden ser necesarias para ciertas agencias estatales y federales para controlar el sistema de salud, programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- **Demandas y disputas.** Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podremos divulgar información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. Sujeto a los requisitos legales aplicables, también podremos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una citación.
- **Aplicación de la Ley.** Podremos revelar información médica si es requerido por un agente de la ley en respuesta a una orden judicial, citación, citación o proceso similar, sujeto a los requisitos legales aplicables.
- **Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias.** Podremos revelar información médica a un forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte.
- **Información personal no identificable.** Podremos usar o divulgar información médica acerca de usted de manera que no le identifique personalmente o revele quien es usted.
- **Familiares y amigos** Podremos revelar información sobre su salud a

miembros de su familia o amigos si obtenemos su acuerdo verbal para hacerlo o si le damos la oportunidad de objetar a tal divulgación y usted no se opone. También podremos revelar información de salud a su familia o amigos si podemos deducir de las circunstancias y con base a nuestro juicio profesional de que no se opondría. Por ejemplo, podremos suponer que usted está de acuerdo con la divulgación de su información personal de salud a su cónyuge cuando lleva a su cónyuge con usted a una sala de examen de un profesional afiliado de salud durante el tratamiento o cuando el tratamiento se discute.

En situaciones en las que no sea capaz de dar su consentimiento (ya que no está presente o debido a su incapacidad o emergencia médica), nosotros o nuestros afiliados profesionales de salud podrán, usar su criterio profesional, determinar que la divulgación de información a un familiar o amigo es de su mejor interés. En esa situación, la información de salud a ser divulgada será para las personas involucradas en su cuidado únicamente. Por ejemplo, podremos informar a la persona que lo acompañó a la sala de emergencias que usted sufrió un ataque al corazón y proporcionar información actualizada sobre el progreso y el pronóstico. También podremos usar nuestro juicio profesional y la experiencia para hacer inferencias razonables de que es de su mejor interés de permitir que otra persona actúe en su nombre para recoger, por ejemplo, recetas, equipos médicos, o radiografías.

- **Marketing y Ventas.** Se prohíbe la utilización de su información de salud para fines de mercadeo sin su autorización previa por escrito. También esta prohibido aceptar pago por la divulgación de su información de salud con excepciones limitadas. Tales excepciones podrían incluir el hacer una copia de su registro para el intercambio necesario con los organismos de salud pública y de investigación.
- **Recaudación de Fondos.** Podremos utilizar su nombre e información demográfica para llevar a cabo actividades para la recaudación de fondos. Tenemos la obligación de ofrecerle la opción de no ser incluido en estas actividades y cumplir con su decisión.
- **El incumplimiento de su información médica.** Si nosotros o cualquiera de nuestros asociados inapropiadamente divulgara información médica que no este protegida, tenemos la responsabilidad de informarle de cualquier violación realizada. Se le informará tan pronto como sea posible pero no después de 60 días a partir de la fecha de que la violación fue descubierta.

OTROS USOS Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

No utilizaremos o divulgaremos su información de salud para cualquier otro propósito que no este identificado en las secciones anteriores sin su previa AUTORIZACION por escrito. Si usted nos da autorización para utilizar o divulgar información sobre su salud, usted puede revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, nosotros no utilizaremos o divulgaremos información sobre usted por las razones cubiertas en su autorización por escrito, pero no podremos recuperar ningún uso o divulgación de información ya hecha con su permiso, mientras la autorización estab avigente.

En algunos casos, es posible que tengamos que obtener su autorización por escrito con el fin de divulgar ciertos tipos de información especialmente protegida, tal como el VIH, abuso de sustancias, salud mental, y la información de pruebas genéticas para fines tales como el tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

SUS DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN DE SALUD

Usted tiene los siguientes derechos sobre su información médica bajo nuestra posesión:

1. **Derecho a inspeccionar y copiar.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud, tal como registros médicos y de facturación, que mantenemos y usamos para tomar decisiones sobre su cuidado o de referirlo a nuestros profesionales afiliados. Usted debe presentar una solicitud por escrito a Janet Hamilton con el fin de inspeccionar o copiar su registros de salud. Si usted solicita una copia de la información, podremos cobrarle una cuota por el costo de copiar y enviarla por correo. Si su información de salud se almacena

electrónicamente, usted puede solicitar una copia electrónica de cualquier información médica que nosotros o nuestros profesionales afiliados de asistencia médica tengan en su poder. Podremos cobrarle por el costo del tiempo invertido para preparar la copia electrónica.

Nosotros le notificaremos del costo implicado y usted podrá optar por retirar o modificar su petición en ese momento antes de incurrir en costo alguno. Una solicitud modificada, podría incluir un resumen de su expediente médico.

Podremos negar su solicitud de inspeccionar y/o copiar su expediente o partes del mismo en ciertas circunstancias limitadas. Si el acceso a copiar información médica que tenemos sobre usted es negado, usted puede pedir que se revise esta decisión. Si usted tiene el derecho a que nuestra negación sea revisada, seleccionaremos un profesional con licencia para revisar su solicitud y nuestra negativa. La persona que realice la revisión no será la misma persona que negó su petición, y cumpliremos con el resultado de la revisión.

2. Derecho a enmendar o corregir. Si usted cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que enmendemos o corrijamos dicha información. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda mientras la información se encuentre en esta oficina.

Para solicitar una enmienda, complete y envíe el formulario de REGISTRO MEDICO DE ENMIENDA/CORRECCION a Project Access NOW al PO Box 10953, Portland, OR 97296 o por fax al 503.345.6553.

Podremos negar su solicitud de enmienda si su petición no es por escrito o no incluye una razón que justifique la enmienda/corrección. Además, podremos negar total o parcialmente su petición si usted nos pide enmendar 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 de salud que mantenemos
- No le sea permitido inspeccionar y copiar
- Es correcta y completa

Si negamos total o parcialmente su solicitud de enmienda, usted tiene derecho a presentar una impugnación y solicitar que la impugnación sea parte de su expediente médico. Su impugnación tendrá que ser de 2 páginas o menos, y tenemos el derecho de presentar una impugnación respondiendo a la suya en su expediente médico. Usted también tiene el derecho de solicitar que todos los documentos relacionados con la solicitud de enmienda (incluyendo la impugnación) se transmitidos a terceros en cualquier momento en que esta parte de su registro clínico sea divulgado.

3. Derecho de contabilidad de divulgaciones. Usted tiene el derecho de solicitar una "contabilidad de divulgaciones." Esta es una lista de las divulgaciones de información médica sobre usted para propósitos distintos al tratamiento, pago, operaciones de cuidado de la salud, cuando ha autorizado la divulgación específica de un número limitado de circunstancias especiales relacionadas a la seguridad nacional, instituciones correccionales y policíacas. La listado excluirá las divulgaciones que hemos hecho basados en su autorización por escrito.

Para obtener este listado, usted debe enviar una solicitud por escrito a Project Access NOW al PO Box 10953, Portland, OR 97296 o por fax al 503.345.6553. Dicho listado puede indicar un período de tiempo específico, que no podrá ser superior a seis años. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, en papel o electrónicamente). La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podremos cobrarle por el costo de proveerla. Nosotros le notificaremos previamente del costo implicado y usted podrá optar por retirar o modificar su petición en ese momento antes de incurrir en costo alguno.

4. Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene el derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica que utilizamos o que divulgamos sobre operaciones de tratamiento, pago o atención

médica. Usted también tiene el derecho de solicitar que se limite la información médica que revelamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su cuidado o el pago de la mismo, como un familiar o amigo. Por ejemplo, usted podría pedir que no usemos ni revelemos información sobre una cirugía que tuvo.

Generalmente no estamos obligados a aceptar su solicitud. Estamos obligados a cumplir con su solicitud de restricción siempre y cuando usted pague por los servicios de salud y suministros "de su propio bolsillo", y solicite que no compartamos su información de salud relacionados con los servicios, operaciones y suministros que usted pague "de su propio bolsillo". Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia o si estamos obligados por ley a utilizar o divulgar dicha información.

Para solicitar restricciones, usted puede completar y enviar el formulario de SOLICITUD DE RESTRICCION DEL USO/DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA a Project Access NOW al PO Box 10953, Portland, OR 97296 o por fax al 503.345.6553.

5. Derecho a solicitar comunicación confidencial. Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted al trabajo o por correo únicamente.

Para solicitar comunicación confidencial, usted puede completar y enviar el formulario de SOLICITUD DE RESTRICCION DE USO/DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA O DE COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL a Project Access NOW al PO Box 10953, Portland, OR 97296 o por fax al 503.345.6553.

Nosotros no cuestionaremos la razón de su solicitud, por el contrario haremos las acomodaciones razonables para cumplir con su pedido. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

6. Derecho a una copia impresa de esta Notificación. Usted tiene el derecho a una copia impresa de esta notificación. Usted puede solicitar una copia de esta notificación en cualquier momento. Incluso si la ha recibido electrónicamente, usted todavía tiene derecho a una copia en papel. [También puede encontrar una copia de este aviso en nuestro sitio de web.]

Para obtener una copia, comuníquese por escrito con Project Access NOW al PO Box 10953, Portland, OR 97296 o por fax al 503.345.6553.

CAMBIOS A ESTA NOTIFICACION

Nos reservamos el derecho de hacer cambios a esta Notificación y de hacer efectiva dicha Notificación para información médica que ya tenemos sobre usted así como cualquier información que recibamos en el futuro. Nosotros publicaremos la Notificación actual [opcional: o un resumen] en la oficina con fecha de vigencia en la esquina superior derecha. Usted tiene derecho a una copia de la Notificación actualmente en vigencia.

Nosotros le informaremos de cualquier cambio significativo de esta notificación . Esto puede ser a través de nuestro boletín de noticias, en un lugar prominente en nuestra oficina, una nota publicada en nuestro sitio web u otros medios de comunicación.

QUEJAS

Usted no será penalizado por presentar una queja. Si usted cree que sus derechos han sido violados, puede enviar una queja por escrito a Project Access NOW al PO Box 10953, Portland, OR 97296 o por fax al 503.345.6553 o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos a:

Office for Civil Right Region X
 U.S Department of Health & Human Services
 2201 Sixth Avenue - Mail Stop RX-11
 Seattle, WA 98121
 206.615.2290 (voz)
 206.615.2296 (TDD)
 206.615.2297 (fax)