

## La Clínica de Niños, P.C. AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

Oficina en Peterkort  
9555 SW Barnes Road, Suite #301  
Portland, OR 97225  
503.297.3371

Oficina en Tualatin  
19255 SW 65<sup>th</sup> Avenue, Suite #100  
Tualatin, OR 97062  
503.691.9777

### **ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA HACERCA DE SU PERSONA PUEDE SER USADA Y/O PUBLICADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION.**

#### **POR FAVOR REVISE ESTA INFORMACION CON CUIDADO.**

*Nota: Informes acerca de su persona incluirán niños menores de edad.*

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso, por favor llame al encargado de la oficina de en Tualatin 503.691.9777 o en Peterkort 503.297.3371.

**QUIEN SEGUIRA ESTE AVISO** Este aviso describe el ejercicio de información y privacidad que todo nuestro persona debe seguir. El ejercicio descrito en este aviso también será seguido por doctores, enfermeras y todo personal a quien usted consulte por teléfono cuando su doctor no este en nuestra oficina y también durante visitas a la clínica por las tardes y en fines de semana.

**INFORMACION HACERCA DE SUS SALUD** Nosotros crearemos un archivo con su historial y cuidados y servicios médicos que usted ha recibido en esta oficina. Nosotros necesitamos este historial medico para darle un mejor servicio medico y para cumplir varios requisitos legales. Este aviso concierne a todos los historiales médicos que la clínica para niños tiene en su poder de su persona. Otras instituciones de cuidado medico y doctores a las que usted asiste pueden tener diferentes políticas acerca del uso y publicación de historial medico de sus pacientes. Este aviso le informa a usted de la manera en la cual nosotros hacemos uso de su historial medico y la información contenida en el. También describimos sus derechos y algunas obligaciones que nosotros tenemos concernientes al uso y publicación de su historial medico y la información perteneciente a su historial. A nosotros la ley nos exige que le demos este aviso. Este aviso le informara de la maneras que nosotros usaremos la información en su historial medico como también sus derechos y nuestras obligaciones pertenecientes al uso y publicación de esta información. A nosotros se nos exige: Asegurarnos de que información medica que lo identifique a usted debe ser mantenida in privado; informarle acerca de nuestras obligaciones legales y nuestra practica para proteger sus privacidad con respecto a su historial medico e información en su historial; y seguir los términos de el aviso que esta en efecto

#### **COMO NOSOTROS USAREMOS Y REVELAREMOS INFORMACION MEDICA HACERCA DE USTED**

**Para tratamiento.** Nosotros usaremos su información medica para darle tratamiento medico o algún otro tipo de servicio medico. Nosotros daremos información acerca de su historial medico de sus persona y/o sus hijos a Doctores, Pediatras, Enfermeras, asistentes médicos, y otros empleados que trabajen en nuestras oficinas. Por ejemplo, si un Doctor esta viendo a su hijo/hija por algún problema respiratorio el Doctor neces itara saber si su hijo/hija tiene algún otro problema que pueda complicarse con el tratamiento para el problema respiratorio. También, el Doctor tenga que decirles a las personas que trabajan en el laboratorio que su hijo/hija tiene diabetes, para que la persona encargada del laboratorio haga los exámenes correspondientes. Varias personas compartirán información de su historial medico para de esa manera coordinar los diferentes servicios que usted pueda necesitar, como recetas medicas, exámenes en el laboratorio, rayos X. El doctor también compartirá información con otros doctores o enfermeras acerca de el estado físico de su hijo/hija para poder determinar el mejor tratamiento para su hijo/hija. Familiares y Doctores fuera de nuestra oficinas que sea parte de su historial medico y posiblemente necesiten información de su historial medico que nosotros tenemos.

**Para pagos.** Nosotros usaremos y publicaremos información medica de usted o su hijo/hija para que los servicios ofrecidos a usted o su hijo/hija sea pagados por usted, compañía de seguro medico o alguna otra persona. Este proceso puede requerir de el uso de una agencia recaudadora. Por ejemplo, nosotros tendremos que dar información a su compañía de seguro medico acerca del tratamiento o servicio que usted recibió en esta clínica, para que de esta manera su compañía de seguro medico nos pague los servicios o le regrese a usted el monto exacto que usted nos pago por el. También informaremos a su compañía de seguro medico de algún tratamiento que usted recibirá en un futuro, esto para obtener el consentimiento de su compañía de seguro medico y para cerciorarnos de que su compañía deseguro esta dispuesta a pagar por el tratamiento que usted necesita.

**Por razones administrativas.** Nosotros daremos información acerca de su historial medico por razones administrativas de la. Esta información es usada por nuestra oficina para cerciorarnos de que todos nuestros pacientes están recibiendo los mejores tratamientos. Por ejemplo, nosotros usaremos su información medica para revisar nuestros tratamientos y servicios y para evaluar a nuestro staff. También nosotros combinaremos información medica de varios pacientes para decidir que servicios adicionales debemos ofrecer y también cuales no debemos ofrecer y también para implementar nuevos servicios. Nosotros tambien les daremos informacion medica a Doctores, Enfermeras, Asistentes médicos y otro personal que trabaje en nuestras oficinas para que revisen sus historial medico con fines educativos. También combinaremos información médica de nuestros pacientes con otras clínicas para comparar lo que estamos haciendo y de esa manera mejorar el servicio que les estamos dando. Nosotros deliberadamente quitaremos información personal de los historiales médicos para que ninguna persona pueda identificar a los pacientes los cuales sus historiales médicos estén siendo usados con fines educativos o de comparación con otras clínicas

**Recordatorios de citas médicas.** Personal de la clínica les llamara por teléfono a su casas y/o trabajo para recordarles de su cita o cita que tengan sus hijos/hijas. Por favor háganos saber si usted no desea que personal de la clínica les llame por teléfono para recordarles de la cita.

**Otras alternativas para tratamientos/ Beneficios y servicios relacionados con la salud.** Nosotros le diremos o recomendaremos de algún otro tratamiento, opciones o alternativas de beneficios relacionados con su salud. Por favor háganos saber si usted no desea recibir estos comunicados de servicios relacionas con la salud.

**SITUACIONES ESPECIALES** Nosotros daremos información de su historial clínico sin su consentimiento por los siguientes rezones, sujeto a todos los requerimientos y limitaciones legales:

**Programa de alerta para vacunación de Oregon.** Nosotros reportaremos el status de vacunas de su hijo/hija la oficina de registros de vacunas del Estado de Oregon. Solo personal autorizado tiene acceso a esta información.

**Familiares y Amigos.** Nosotros daremos información medica referente a su persona y/o hijo/hija a algún amigo o familiar suyo quien este envuelto en su cuidado personal y medico, esta información será dado solo con el consentimiento del paciente usted tiene el derecho de negarse a que nosotros demos información a alguna persona ya sea familiar o amigo. Nosotros daremos información de su historial medico a de sus hijos/hijas sin su consentimiento

cuando nosotros lo creamos pertinente y sabiendo que usted no tendrá ningún problema con esto. Por ejemplo, nosotros daremos información médica acerca de la salud de su hijo/hija a ambos padres. En situaciones las cuales usted no este presente (por razones de salud o algún otro tipo de emergencia) Nosotros tendremos en cuenta que el revelar información de su historial medico de usted o sus hijos/hijas a un familiar o amigo de la familia es lo mas prudente en esta situación. En esta situación nosotros solo daremos información médica importante a las personas/persona encargado del cuidado del paciente. Nosotros daremos información médica en casos de desastres y solo a organizaciones del sector salud para que estas organizaciones notifiquen al familiar del estado de salud y lugar donde se encuentra el paciente.

**Investigación y Donadores de órganos y tejido.** Nosotros usaremos y publicaremos información acerca de usted para proyectos de investigación que necesiten algún tipo de permiso y/o aprobación especial. Nosotros le preguntaremos al paciente si es que la persona encargada de la investigación necesita su nombre, dirección o algún otro tipo de información que pueda revelar la identidad del paciente. Si usted es un donador de órganos, nosotros publicaremos información acerca de su persona a organizaciones encargadas de manejar con los órganos donados, ojos, transplante de tejido. Esto lo hacemos para facilitar el transplante de órganos y tejido.

**Si es requerido por la ley o para evitar serios problemas de salud o seguridad.** Nosotros daremos información de su historia medico solo cuando sea requerido por alguna ley ya sea federal o estatal, también cuando sea necesario prevenir alguna desgracia o su salud este en peligro o alguna otro persona o el publico en general estén en peligro; o por alguna razón de seguridad publica, para prevenir o controlar alguna enfermedad o epidemia, evitar algún daño personal, para reportar nacimientos, muertes, sospecha de abuso, lastimaduras que no hayan sido causadas por accidenta, alergias a algunos productos o medicinas.

**Ejercito y Veteranos/ Policia.** Si usted es miembro de las fuerzas armas, nosotros podremos publicar información acerca de su historial medico si las fuerzas armadas o policia nos lo pide. Nosotros también podemos dar información a organizaciones militares extranjeras. También daremos información médica al departamento de policia si ellos lo requieren. Toda esta información será dada a las autoridades que la pidan., también daremos información medica si es requerida por la corte (subpoena).

**Compensación para trabajadores/Actividades para la salud.** Nosotros daremos información de su historial medico para la compensación de trabajadores lastimados o incapacitados para los grupos u organizaciones que la pidan. Estos programas proveen ayuda a los trabajadores que se lastiman en el trabajo o se enferman. Nosotros daremos información a todas las organizaciones encargadas de vigilar las actividades de las organizaciones encargadas de la salud. Estas actividades incluyen, por ejemplo, auditorias, investigaciones, inspecciones y obtención de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno pueda vigilar el sistema de salud, programa de gobierno y acatar todas las leyes concernientes a los derechos humanos.

**Demandas y diputadas.** Si usted esta envuelto en una demanda o disputa, nosotros podemos publicar información medica acerca de su persona en respuesta a una petición de la corte. También publicaremos información médica en respuesta a un citatorio legal

**Medico Forense, Examinador medico y Directores de funerales.** Nosotros podemos dar información médica de un paciente a Médicos Forenses o Investigadores médicos. Esto puede ser necesario para identificar un cuerpo o para determinar la causa por la cual alguna persona falleció.

**Información que no pueda ser usada par identificación.** Nosotros podemos dar información de un historial medico si la información o la manera en la que damos la información nadie pueda identificar al paciente.

**OTROS USOS Y DECLARACIONES DE INFORMACION HACERCA DE LA SALUD** Nosotros no usaremos o daremos información medica concerniente a pacientes por ninguna razón ni propósito otro que no sea alguno/s de los cuales ya se hablaron anteriormente y sin su **autorización** por escrito. Si usted nos da una **autorización** por escrito usted puede revocar esta **autorización por escrito** cuando usted lo desee. Si usted revoca su **autorización** nosotros no usaremos o publicaremos su información medica por las razones que usted nos de **por escrito**, pero nosotros no podemos remitir la información que ya publicamos o usamos antes de que usted revocara por escrito el derecho a que usemos su información medica. Si nosotros tenemos información de HIV o de abuso de drogas nosotros no podemos usar o publicar esa información sin una autorización especial escrita y firmada por el paciente( esta autorización es diferente a la mencionada anteriormente). Para que nosotros podamos publicar ese tipo de información de sus historial medico para propósitos de pago de tratamientos, o servicios para la salud, nosotros necesitaremos una autorización especial que llene todos los requisitos que la ley estipula para pacientes con HIV o de abuso de drogas.

## **SUS DERECHOS CONSERNIENTES A INFORMACION MÉDICA DE SUS HIJOS/HIJAS**

**Tiene derecho a inspeccionar una copia.** Usted tiene derecho a inspeccionar y pedir una copia de la información medica que puede ser usada para tomar decisiones acerca de su salud. Usualmente esto incluye; cuentas médicas y todo archivo de pagos, no incluye notas de psicoterapia. Para inspeccionar una copia de su información medica que pueda ser usada para tomar decisión medicas, usted debe presentar por **escrito** su petición al encargado de la oficina de Tualatin o Peterkort Si usted pide una copia de la información medica, esta información se le proveerá en 30 días después de que usted haya hecho la petición por escrito. Puede que usted tenga que pagar los gastos de fotocopias como también los gastos de envío y otros gastos que esta copia genere. Nosotros le podemos negar el acceso a esta copia bajo varias circunstancias las cuales son muy limitadas. Si a usted le niegan la copia de su información médica usted tiene el derecho de que revisen las razones por las cuales le negaron su petición. Nosotros seleccionáremos un especialista en la salud con licencia para que verifique su caso, la persona que inicialmente le negó su petición no será la que revise su caso por segunda vez. Y seguiremos al pie de la letra los resultados de la revisión.

**Derecho a modificación.** Si usted cree o siente que la información médica que nosotros tenemos es incorrecta o incompleta, usted puede pedir que esta información sea cambiada. Usted tiene el derecho de pedir un cambio de información si es que la información se mantiene en la oficina. Para pedir un cambio de información, complete y entregue un UN CAMBIO/CORRECCION DE INFORMACION MEDICA al encargado de la oficina de Tualatin o Peterkort. Nosotros le podemos negar el cambio de información si su usted no hace la petición por escrito o si usted no incluye la razón por la cual usted esta haciendo esa petición. También, nosotros le podemos negar su petición usted nos pide que cambiemos información que; no fue creada por nosotros, amenos que la persona u organización que creo esta información ya no existan o hayan dejado de trabajar en esta oficina; no es parte de la información que se tiene en la oficina; no es parte de la información que usted tiene derecho a inspeccionar o copiar; o es información complete y correcta

**Derecho a pedir restricciones.** Usted tiene el derecho a pedir restricciones o limitaciones en la información médica que nosotros usamos y/o publicamos de su tratamiento e historial medico, pagos u operaciones. Usted también tiene el derecho de pedir un limite en la información que nosotros damos a las personas que toman parte en su cuidado medico, pagos de gastos médicos, como pueden ser familiares, amigos. Por ejemplo, usted nos puede pedir que no demos información acerca de alguna cirugía que haya tenido. Nosotros no estamos obligados a estar de acuerdo con su petición, si estamos de acuerdo con su petición entonces la seguiremos, a menos que la información que usted quiere que no demos sea necesaria en caso de emergencia. Para pedir restricciones de su información medica, usted deberá completar una forma y entregarla la PETICION DE RESTRICCION USO Y PUBLICACION DE INFORMACION MEDICA CONFIDENCIAL al encargado de la oficina de Tualatin o Peterkort. Nosotros no le preguntaremos la razón por la cual usted esta haciendo esta petición, su petición debe decir donde y cuando quiere que lo contactemos.

**Derecho a pedir comunicación confidencial.** Usted tiene el derecho a pedir que nosotros nos comuniquemos con usted en determinada manera en lo concerniente a asuntos de su salud también de la manera que usted quiere que lo contactemos. Por ejemplo, usted puede pedir que solo lo contactemos

solo en su trabajo o por correo. Para pedir comunicación confidencial, usted debe llenar y entregar una FORMA DE COMUNICACION RESTRINJIDA Y CONFIDENCIAL entregue esta forma al encargado de la oficina de Tualatin o Peterkort. Nosotros lo le preguntaremos la razón por la cual usted esta haciendo esto. Su petición debe explicarnos como y donde quiere que lo contactemos.

**Derecho a obtener una copia de esta petición.** Usted tiene el derecho a pedir una copia de su petición. Usted puede pedir una copia a cualquier tiempo, aún así usted haya estado de acuerdo a que la oficina le mande una copia electrónica (email) usted tiene el derecho de recibir una copia. Para obtener una copia de este aviso/petición, pongase en contacto con el encargado de la oficina de Tualatin o Peterkort. Usted también puede obtener una copia en la página electrónica: [www.childrens-clinic.com](http://www.childrens-clinic.com).

**CAMBIOS DE AVISO**—Nosotros nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y hacer revisiones o cambiar la fecha de efectividad para información medica que nosotros tenemos de usted, como también cualquier otra información que nosotros recibamos en un futuro. Nosotros haremos un resumen de los presentes avisos y estarán a su disposición en la oficina. El resumen tendrá en la esquina de la parte alta en la derecha la fecha de efectividad. Usted tiene derecho a una copia del aviso en vigencia.

**RECLAMOS**— Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede hacer una queja con el encargado de la oficina Tualatin o Peterkort o también puede exponer su queja con el departamento de Salud y Servicios Humanos (U.S. Secretary of the Department of Health and Human Services). Para exponer su queja pongase en contacto con el encargado de la oficina de Peterkort teléfono 503. 297.3371 o Tualatin teléfono 503. 691.9777. **Usted no será castigado si se queja.**