

## Requerido o permitido por la ley:

Podemos usar o divulgar su Información cuando sea permitido o requerido por las leyes locales, estatales o federales.

## Mercadotecnia:

Podemos comunicarnos con usted en persona sobre productos o servicios que pueden interesarle o darle un regalo promocional con un valor nominal. De otra manera, no usamos ni divulgamos su Información para mercadotecnia sin su autorización.

## DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

### Otras leyes que protegen información de salud:

Otras leyes pueden requerir de su autorización por escrito para divulgar su Información sobre cierta salud mental, tratamiento de abuso de alcohol y drogas, análisis o tratamiento del VIH y SIDA, así como análisis genéticos. Debemos obtener autorización para el uso y la divulgación de apuntes de psicoterapia y para la venta de su Información.

Los usos y las divulgaciones que no sean las permitidas sólo se realizarán con su autorización por escrito. Si nos autoriza usar o divulgar su Información, puede revocar dicha autorización, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su Información para los propósitos mencionados en la revocación por escrito. La revocación no afectará las divulgaciones previamente realizadas en relación a su autorización.

## PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN

Si tiene cualquier pregunta sobre el presente aviso o si necesita más información, favor de comunicarse con el Funcionario de Privacidad del Condado de Multnomah (Multnomah County Privacy Officer), 426 SW Stark St., 7th Floor, Portland, OR 97204 o llame al 503-988-3674.



*El Departamento de Salud del Condado de Multnomah ofrece oportunidades equitativas de servicios y empleo.*



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

El presente aviso describe la manera como se puede usar y divulgar información médica sobre usted y cómo puede usted obtener acceso a dicha información.  
**Favor de revisarlo detenidamente.**

*El presente aviso describe las prácticas de privacidad del Departamento de Salud del Condado de Multnomah. Estamos obligados de acuerdo a la ley a mantener la privacidad de su información de salud protegida (“Información”) y entregarle el presente aviso. Estamos obligados a seguir los términos del aviso actualmente vigente.*

*Este aviso entra en vigor el 23 de septiembre de 2013. Nos reservamos el derecho a cambiar el presente aviso. Cualquier cambio se aplicará a la Información que ya tengamos sobre usted. Fijaremos una copia actualizada de este aviso en el lugar donde se brinden servicios y en línea en: [www.multco.us/hipaa](http://www.multco.us/hipaa)*

## SUS DERECHOS

### Derecho a inspeccionar y copiar:

Tiene el derecho a inspeccionar o copiar su Información contenida en un “conjunto designado de expedientes”. Un “conjunto designado de expedientes” es un grupo de registros que se usa para tomar decisiones sobre usted. Podemos limitar la Información que usted puede inspeccionar o copiar en circunstancias limitadas. Si limitamos su derecho a inspeccionar o copiar, usted puede pedir por escrito una revisión de dicha decisión. Las copias de los expedientes pueden ser proporcionadas a usted o a una tercera parte que usted identifique en un formato electrónico o de papel dependiendo de su petición y de la tecnología que se use para mantener los expedientes. Su petición debe hacerse por escrito. Podemos ayudarle a hacer una petición por escrito. Podemos cobrarle una cuota por fotocopiado.

### Enmiendas:

Tiene el derecho a pedirnos que cambiemos parte de la Información en su conjunto designado de expedientes que usted crea es incorrecta o incompleta. Su petición debe hacerse por escrito y debe incluir una razón. Podemos ayudarle a hacer una petición por escrito. Le informaremos por escrito si denegamos su petición y usted tiene el derecho a responder a nuestra denegación. También tiene el derecho a que se incluya su petición, la denegación y una declaración de desacuerdo, de haberlas, en las divulgaciones futuras de su expediente.

### Explicación:

Tiene el derecho a pedir una lista de ciertas divulgaciones de su Información en su conjunto designado de expedientes. La lista no incluirá divulgaciones realizadas para tratamiento, pago u operaciones de atención de salud, divulgaciones a usted o a personas que participan en su atención o pago de su atención. Tampoco incluirá divulgaciones realizadas antes de los 6 años anteriores a la fecha de la petición, de acuerdo a una autorización, como parte de un grupo de datos limitado, a instalaciones correccionales, divulgaciones incidentales, divulgaciones realizadas para seguridad o inteligencia nacional, ni divulgaciones realizadas antes del 14 de abril de 2003. Su solicitud debe hacerse por escrito. Podemos ayudarle a hacer una solicitud por escrito. Podemos cobrarle una cuota si pide una lista más de una vez cada 12 meses.

### **Restricciones:**

Tiene el derecho a pedirnos limitar la manera como se usa o divulga su información. No estamos obligados a aceptar su petición y tal vez no podamos hacerlo con una excepción. Puede solicitar que su Información no se comparta con un plan de salud cuando usted o alguien en su nombre paga por sus servicios en su totalidad y el uso o la divulgación sea para pago u operaciones de atención de salud y no sea requerido por la ley. Su solicitud debe hacerse por escrito. Podemos ayudarle a hacer una solicitud por escrito.

### **Comunicaciones confidenciales:**

Tiene el derecho a pedirnos que nos comuniquemos con usted a un lugar específico o en una manera específica. Usted debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted. Por ejemplo, puede pedir que sólo nos comuniquemos con usted en su lugar de trabajo. Daremos cabida a cualquier petición razonable.

### **Aviso:**

Tiene el derecho a recibir una copia de papel del presente aviso de solicitarla. Este aviso puede estar disponible en otros idiomas y formatos diferentes.

### **Aviso de infracciones:**

Tiene el derecho a ser notificado si descubrimos una infracción de Información no segura.

### **Quejas:**

Tiene el derecho a presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja ante nuestro Funcionario de Privacidad (Privacy Officer) o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services). No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

## **CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN SIN AUTORIZACIÓN SUYA**

---

### **Tratamiento:**

Podemos usar o divulgar su Información según sea necesario para brindarle tratamiento y servicios médicos. Por ejemplo, podemos divulgar su Información a otros proveedores de atención de salud que participan en su tratamiento.

### **Pago:**

Podemos usar o divulgar su Información para facturar o recibir pago por servicios que usted reciba. Por ejemplo, para presentar reclamaciones.

### **Operaciones de atención de salud:**

Podemos usar o divulgar su Información para operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos usar su Información en lo relacionado a una evaluación de calidad y actividades de mejoramiento y para servicios de administración de casos.

### **Acuerdos de atención de salud organizada:**

Participamos en acuerdos de atención de salud organizada (organized health care arrangements: OHCA) y podemos usar o divulgar su Información a miembros de dichos acuerdos según lo permita la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act: HIPAA). En algunas circunstancias, usamos sistemas y servicios de miembros de OHCA para expedientes de salud electrónicos y coordinación de derivaciones a tratamiento. Podemos compartir su información con miembros de OHCA para las operaciones conjuntas de atención de salud de OHCA.

### **Personas que participan en su atención o en el pago de su atención:**

Podemos divulgar Información a su familia, representante personal y otras personas que participan en su atención o en el pago de su atención si usted da su permiso verbal o no lo objeta. Si no puede tomar una decisión de atención de salud por sí mismo, podemos divulgar su Información según sea necesario si creemos que es benéfico para usted.

### **Actividades de salud pública:**

Podemos usar o divulgar Información sobre usted para actividades de salud pública. Por ejemplo, se hacen divulgaciones con el propósito de prevenir o controlar enfermedades, lesiones, discapacidades, abuso o negligencia. Dichas actividades incluyen actividades realizadas por donativo de órganos o tejidos y servicios de trasplantes, actividades realizadas por médicos forenses, directores médicos y directores de funerarias, así como actividades necesarias para evitar una amenaza seria a la salud y seguridad inminente de usted u otros.

### **Actividades de supervisión de salud:**

Podemos divulgar Información a una agencia de supervisión de salud. Actividades incluyen auditorías e inspecciones para que el gobierno monitoree el sistema de atención de salud.

### **Procedimientos legales:**

Podemos divulgar Información sobre usted como respuesta a una orden de tribunal, citación, petición de exhibición de pruebas, actividades relacionadas a beneficios de compensación a trabajadores lesionados u otro propósito legal.

### **Cumplimiento de la ley:**

Podemos divulgar Información sobre usted a la policía u otras personas que hacen cumplir la ley cuando dicha divulgación sea permitida o requerida por la ley. Podemos divulgar Información para reportar un delito en nuestras instalaciones.

### **Investigaciones:**

Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar su Información para investigaciones aprobadas por una Junta de Revisión Institucional o Junta de Privacidad o por medio de una autorización firmada por usted.

### **Presos:**

Si es un recluso en una cárcel o prisión o se encuentra bajo la custodia de una agencia del orden público, podemos divulgar Información según sea requerido o permitido por la ley.

### **Socios comerciales:**

En ciertas situaciones, podemos necesitar divulgar su Información a un socio comercial, tal como un traductor o revisor de garantía de calidad, para que pueda realizar un servicio a nuestro nombre. Tendremos un acuerdo por escrito con el socio comercial requiriéndole que proteja la privacidad de su Información bajo las mismas protecciones de privacidad que nosotros proporcionamos.

### **Fuerzas armadas y seguridad nacional:**

Podemos divulgar su Información según sea requerido por personal de las fuerzas armadas o a funcionarios federales autorizados para actividades de seguridad e inteligencia nacionales.

### **Esfuerzos de alivio ante catástrofes:**

A menos que usted se oponga, podemos divulgar su Información a otros proveedores de atención de salud o a una entidad que asista en los esfuerzos de alivio ante catástrofes para coordinar la atención. Podemos divulgar su Información según sea necesario para identificar, ubicar y notificar a familiares, tutores legales u otras personas responsables de su cuidado, ubicación, condición o muerte.

### **Conjunto de datos limitado:**

Podemos divulgar Información limitada a terceras partes para propósitos de investigación, operaciones de salud pública o de atención de salud. Tal divulgación no incluirá ninguna Información que pueda ser usada para identificarle directamente.

### **Divulgaciones incidentales:**

Pueden ocurrir divulgaciones incidentales como un subproducto de usos y divulgaciones permisibles. Por ejemplo, una persona visitando un área de servicio puede escuchar por casualidad cuando se llame el nombre de usted en una sala de espera.

Nombre del Cliente \_\_\_\_\_ Cliente ID# \_\_\_\_\_

Yo he recibido una copia de las Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud del Condado de Multnomah.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### **ALTERNATIVE DOCUMENTATION OF DELIVERY OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

I provided a copy of Multnomah County Health Department's Notice of Privacy Practices to the client indicated above. I was unable to obtain the client's acknowledgment of receipt because:

---

---

---

---

MCHD Employee Name (Print) \_\_\_\_\_

MCHD Employee Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## **NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGMENT**