

Aviso de Prácticas de Privacidad

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse la información médica sobre usted, y cómo puede acceder a esta información. **Por favor, lea con atención**

Sus derechos

En lo que respecta a su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtenga una copia electrónica o en papel de su expediente médico

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica a través de un portal seguro (MyChart), correo electrónico seguro o una copia en papel de su expediente médico y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
 - Proporcionamos una copia o un resumen de su información médica, normalmente en un plazo de 10 días hábiles a partir de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.
-

Pídanos que corrijamos su expediente médico

- Puede pedirnos que corrijamos información médica sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
 - Es posible que rechacemos su solicitud, pero le explicaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.
-

Solicite comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que lo contactemos de una forma específica (por ejemplo, teléfono fijo o de consultorio, a través de MyChart) o que enviemos correspondencia a otra dirección.
 - Diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.
-

Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones administrativas.
 - No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si eso afecta su atención.
 - Si paga un servicio o artículo médico de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con su aseguradora para fines de pago o nuestras operaciones.
 - Diremos “sí” a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.
-

Obtenga una lista de con quién hemos compartido su información

- Puede pedir una lista (registro) de las veces que hemos compartido su información médica hasta seis años antes de la fecha de su solicitud, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con tratamiento, pagos y operaciones médicas, y ciertas otras divulgaciones (como las que usted nos solicitó). Proporcionaremos un registro

por año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de un período de 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibirlo de forma electrónica. Le entregaremos una copia impresa sin demora.
-

Elija a alguien que actúe por usted

- Si otorgó a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones relacionadas con su información médica.
 - Verificaremos que esa persona tenga dicha autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.
-

Presente una queja si considera que se vulneraron sus derechos

- Puede presentar una queja si considera que violamos sus derechos contactando con el Responsable de Privacidad en el 541-766-6273.
- Puede presentar una queja por escrito ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints

Sus elecciones

Para cierta información médica, puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, comuníquese con nosotros. Indíquenos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de indicarnos lo siguiente

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas implicadas en su atención.
- Compartir información en una situación de asistencia en caso de desastre.

Ejemplo: podemos asumir que usted acepta que proporcionemos su información médica personal a su cónyuge cuando lo acompañe a la sala de exploración durante el tratamiento o mientras se habla del tratamiento. Si no puede indicarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted.

También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos otorgue permiso por escrito

- Fines de marketing
-

En el caso de la recaudación de fondos

- Podemos comunicarnos con usted para esfuerzos de recaudación de fondos, pero puede pedirnos que no lo contactemos nuevamente.

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo solemos usar o compartir su información médica? Normalmente utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Trato

- Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: un médico que lo trata por una lesión pregunta a otro médico sobre su estado médico general.

Dirigir nuestra organización

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

Ejemplo: utilizamos información médica sobre usted para gestionar su tratamiento y servicios.

Factura por sus servicios

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

Ejemplo: proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro de salud para que cubra sus servicios.

Otras formas en que podemos usar o compartir su información de salud

Se nos permite o está obligado a compartir su información de otras maneras, normalmente de formas que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. Para más información, véase:

<https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/index.html>

Ayuda con cuestiones de salud y seguridad pública

- Podemos compartir información médica sobre usted en determinadas situaciones, como:
 - Prevención de enfermedades
 - Ayuda con retiradas de productos
 - Notificación de reacciones adversas a medicamentos
 - Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
 - Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona
-

Investigue

- Podemos usar o compartir su información para investigación médica siempre que se elimine toda la información identificativa. De lo contrario, tenemos que obtener su consentimiento informado para usar su información en la investigación.
-

Cumpla con la ley

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere asegurarse de que cumplimos con la ley federal de privacidad.
-

Aplicación de la ley

- Podemos compartir información médica con funcionarios autorizados para fines de aplicación de la ley (por ejemplo, para responder a una orden de registro, denunciar un delito en nuestras instalaciones o contra nuestro personal, o ayudar a identificar o localizar a alguien).
-

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de obtención de órganos

Trabajar con un forense o un director funerario

- Podemos compartir información médica con un forense, forense o director de funeraria cuando una persona fallece.
-

Atender las solicitudes de las fuerzas del orden de compensación laboral y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos usar o compartir información médica sobre usted:
 - Para reclamaciones de compensación laboral
 - Para fines policiales o con un funcionario del orden público
 - Con agencias de supervisión médica para actividades autorizadas por la ley
 - Para funciones gubernamentales especiales como el ejército, la seguridad nacional y los servicios de protección presidencial
-

Responder a demandas y acciones legales

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

Información adicional para servicios específicos

Tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (42 CFR Parte 2)

- Si recibe tratamiento para un trastorno por consumo de sustancias, se le pedirá que firme un formulario de consentimiento. Con este único consentimiento firmado, podemos usar y compartir su información para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Cualquier registro publicado a otra entidad debido a este consentimiento podrá ser compartido posteriormente por dicha entidad sin necesidad de un consentimiento adicional por escrito, siempre que las normas de HIPAA lo permitan.

Ejemplo: Con un único consentimiento firmado, un proveedor de servicios para trastornos por consumo de sustancias puede hablar sobre su tratamiento con su médico y darle información al respecto.

- Podemos compartir su información sin consentimiento por escrito en los siguientes casos:
 - para fines relacionados con nuestros programas y su administración
 - delitos cometidos en nuestras instalaciones o contra el personal del programa
 - informes sobre presuntos casos de abuso o negligencia hacia un niño o un adulto vulnerable
 - informes a la FDA cuando haya motivos para creer que la salud de una persona podría verse amenazada por un producto bajo la jurisdicción de la FDA
 - investigación científica
 - auditorías de trámites, auditorías financieras y evaluación de programas
 - divulgación de información por motivos de salud pública
 - emergencia médica legítima

Ejemplo: si está experimentando una emergencia médica legítima, podemos proporcionarle información pertinente sobre su tratamiento o medicamentos para ayudarle en su atención.

- De lo contrario, si es cliente en un programa de tratamiento por consumo de sustancias de la Parte 2, no divulgaremos su información sin su autorización.
- Los registros, o testimonios que transmitan el contenido de dichos registros, no podrán ser utilizados ni divulgados en ningún procedimiento legislativo contra un paciente, a menos que exista una orden judicial escrita tras haber notificado y ofrecido la oportunidad de ser escuchado al cliente o titular del expediente. Una orden judicial que autorice el uso o divulgación debe ir acompañada de una citación u otro mandato legal similar que obligue a divulgar antes de que el registro sea utilizado o divulgado.
- En caso de cualquier procedimiento civil, administrativo, penal o legislativo contra un paciente, no usaremos ni compartiremos registros, ni ofreceremos testimonios que revelen el contenido de dichos registros, a menos que recibamos un consentimiento específico por escrito o una orden judicial, *previa*

notificación y oportunidad de ser escuchado para el cliente o el titular del registro. Toda orden judicial que autorice el uso o el compartir información deberá ir acompañada de un citatorio (u otra orden legal similar) que obligue compartir antes de que se use o se comparta cualquier registro.

- Usted tiene derecho a presentar una queja si considera que se han violado sus derechos:
 - Puede presentar una queja comunicándose con el Oficial de Privacidad al 541-766-6273.
 - Puede presentar una queja por escrito ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints

Atención de Salud Reproductiva

- Es posible que recibamos solicitudes para usar o compartir Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) relacionada con su atención de salud reproductiva. Solo atenderemos estas solicitudes si recibimos una declaración jurada legal que certifique que la solicitud no se realiza con el fin de investigar o exigir responsabilidad a nadie por el simple hecho de buscar, obtener, prestar o facilitar servicios de atención de salud reproductiva.

Ejemplo: Usted viajó desde otro estado para recibir atención de salud reproductiva que es legal en el estado de Oregón. No compartiremos su información a menos que quien la solicite firme una declaración jurada legal específica confirmando que la información no se usará para investigar ni para exigirle responsabilidad por haber buscado dicha atención de salud reproductiva.

Cumplimiento de las normas de la Asociación de la Industria de Telecomunicaciones Celulares (CTIA por sus siglas en inglés) para la mensajería con pacientes

- Recopilamos números de teléfono móvil para comunicarnos con los pacientes mediante mensajes de texto SMS y/o RCS con fines tales como recordatorios de citas, notificaciones de facturación y coordinación de la atención.
- Su privacidad es una prioridad. Su número de teléfono móvil no se venderá ni se compartirá con terceros o afiliados para fines de marketing o promocionales. No usaremos su número para actividades de marketing no relacionadas sin su consentimiento expreso por escrito.
- No es obligatorio aceptar recibir comunicaciones por mensaje de texto como condición para recibir atención médica. La participación es voluntaria. Sin embargo, escoger por no recibirlos podría impedir que le enviemos las actualizaciones más oportunas sobre su atención.
- La frecuencia de los mensajes puede variar.
- Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos.
- Los operadores no se hacen responsables de los mensajes retrasados o no entregados.
- Los mensajes de texto enviados a través de canales SMS y RCS no son totalmente seguros y es posible que no cumplan con la normativa de HIPAA; sin embargo, tomamos precauciones razonables para proteger su privacidad limitando el contenido de dichos mensajes a notificaciones que no contienen información sensible. Cualquier mensaje que contenga información detallada de salud protegida (PHI) se enviará a través de un canal de mensajería seguro y separado.
- Puede optar por dejar de recibir mensajes de texto en cualquier momento respondiendo "STOP". Recibirá un mensaje de confirmación final para verificar que ha cancelado la suscripción. No se enviarán más mensajes. Si desea volver a suscribirse, puede autorizarnos a reactivar el servicio enviando el mensaje "START".
- Para obtener ayuda, envíe un mensaje de texto con la palabra "HELP" o llámenos al 541-766-6835.

Nuestras responsabilidades

- Por ley estamos obligados a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si ocurre una brecha que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y proporcionarle una copia.
- No utilizaremos ni compartiremos su información salvo la que se describe aquí, a menos que nos lo diga por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Avísenos por escrito si cambia de opinión.

Para más información: 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 tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible bajo solicitud, en nuestra oficina y en nuestra página web.

Fecha de vigencia del aviso: 6/29/2026

Este aviso de prácticas de privacidad se aplica a las siguientes organizaciones

Los Servicios Médicos del Condado de Benton (Benton County Health Services, BCHS) forman parte de un sistema de atención médica organizada, que incluye participantes en la Red OCHIN. Una lista actual de participantes de OCHIN está disponible en www.ochin.org. Como asociado comercial de BCHS, OCHIN suministra tecnología de la información y servicios relacionados a BCHS y a otros participantes de OCHIN. OCHIN también participa en actividades de evaluación y mejora de la calidad en nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina las actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer estándares de buenas prácticas y evaluar los beneficios clínicos que pueden derivarse del uso de sistemas electrónicos de expedientes clínicos. OCHIN también participa en trabajos colaborativos para mejorar la gestión de las derivaciones internas y externas de pacientes. Su información médica puede ser compartida por BCHS con otros participantes de OCHIN cuando sea necesario para las operaciones de atención médica del acuerdo con la atención médica organizada. Las operaciones de atención médica pueden incluir, entre otras cosas, la geocodificación de la ubicación de su residencia para mejorar los beneficios clínicos que recibe.

La información personal puede incluir información médica pasada, presente y futura, así como información recogida en las Normas de Privacidad. La información, en la medida en que se revele, se divulgará conforme a las Normas de Privacidad o cualquier otra ley aplicable que se modifique periódicamente. Tiene derecho a cambiar de opinión y retirar este consentimiento; sin embargo, es posible que la información ya se proporcionó según lo permitido por usted. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que usted lo revoque por escrito. Si se lo solicita, se le proporcionará una lista de las entidades a las que se les facilitó su información.

Benton Health Services

PO Box 579
Corvallis, OR 97339-0579

health.bentoncountyor.gov | clinics.bentoncountyor.gov

Número de contacto oficial: 541-766-6273