

# AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACION MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ELLA.**

**POR FAVOR LÉALO CUIDADOSAMENTE.**

*Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso, por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad de Rogue Community Health al (541) 773-3863. Rogue Community Health 19 Myrtle Street, Medford, Oregon, 97504.*

## **SU INFORMACIÓN MÉDICA**

La ley nos obliga enviarle este aviso, que le explicará las maneras en que debemos usar y divulgar su información médica y describe sus derechos y nuestras obligaciones respecto a su uso y divulgación de esa información.

Este aviso aplica a la información e historias clínicas que nosotros tenemos sobre su salud, estado de salud y los servicios y la atención de salud que usted recibe en todas las ubicaciones de las clínicas y centros de salud establecidos en las escuelas.

## **A QUIÉN ESTÁ DIRIGIDO ESTE AVISO**

Las prácticas de privacidad descritas en este aviso deben ser acatadas también por todos nuestros empleados y voluntarios. Asimismo, las prácticas de privacidad deberán ser acatadas por los profesionales de la salud que usted consulte por teléfono o en persona, cuando su médico de atención primaria no esté disponible.

## **CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA**

- **Para tratamiento:** Podemos usar su información médica para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Asimismo, podemos divulgar su información médica a los médicos, asociados médicos, enfermera(o)s especialistas de medicina familiar, enfermeras, personal de salud integrativa, auxiliares médicos, técnicos, oficinistas, otro personal o voluntarios y otros profesionales de la salud que participan en su atención médica y su salud.

**Por ejemplo:** El diverso personal de nuestra oficina puede compartir y divulgar su información médica a personas que no trabajan en nuestra oficina con el fin de coordinar su atención, tal como pedir por teléfono a la farmacia su prescripción médica, programarle citas en el laboratorio y ordenar rayos x. Los miembros de su familia y otros profesionales de la salud, fuera de este consultorio, pueden ser parte de su cuidado médico, y pueden solicitarnos información suya que nosotros disponemos.

- **Para pagos:** Podemos usar y divulgar su información médica para facturar a la compañía aseguradora o a una tercera entidad y cobrarle el tratamiento y los servicios que reciba en nuestros consultorios.

**Por ejemplo:** Es posible que tengamos que proporcionar su información médica a su compañía de seguro médico para cobrar a su plan de seguro médico o para que le reembolsen por el servicio. También, podemos informar a su compañía de plan médico sobre algún tratamiento que usted vaya a recibir a fin de obtener autorización previa o para determinar si su plan está dentro de su cobertura.

- **Para funciones de atención médica:** Podemos usar y divulgar su información médica para administrar la oficina y garantizar que usted y nuestros otros pacientes reciban una atención médica de calidad.

**Por ejemplo:** Podemos usar su información médica para evaluar el desempeño de nuestro personal, que le brinda atención médica. También podemos usar la información médica de todos o algunos de nuestros pacientes para

decidir los servicios adicionales que podríamos ofrecer. Asimismo, podemos usar información médica con el fin de recaudar fondos para que nuestros programas sigan funcionando. Podemos utilizar tecnología de telesalud (comunicación electrónica) para intercambiar información médica de un sitio a otro a través de una red segura.

**Por ejemplo:** Rogue Community Health forma parte de un convenio de atención médica organizada, que incluye a participantes de Oregon Community Health Information Network (OCHIN). En el siguiente enlace [www.ochin.org](http://www.ochin.org) encontrará disponible una lista actualizada de los participantes de OCHIN. Como asociado comercial de Rogue Community Health, OCHIN provee tecnología de la información y servicios relacionados a Rogue Community Health y a otros participantes de OCHIN. OCHIN también participa en evaluaciones de calidad y actividades de mejoramiento en representación de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina actividades de revisión clínica, en representación de las organizaciones participantes, para establecer estándares de mejores prácticas y evaluar los beneficios clínicos que pueden derivarse del uso de los sistemas de historias clínicas electrónicas. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar de manera cooperativa para mejorar el manejo de derivaciones o referidos internos y externos de los pacientes. Su información médica personal puede ser compartida por Rogue Community Health con otros participantes de OCHIN cuando sea necesario, para el funcionamiento de la atención médica del convenio organizado para el cuidado de la salud. El funcionamiento de la atención médica puede incluir geocodificación de la ubicación de su residencia para mejorar los beneficios médicos que usted recibe, entre otras actividades.

La información médica personal puede incluir información médica pasada, presente y futura, así como la información descrita en las Normas de privacidad. En la medida en que sea revelada, la información será divulgada de conformidad con las Normas de privacidad o cualquier otra ley aplicable, que sea modificada ocasionalmente. Usted tiene derecho a cambiar de opinión y retirarse con consentimiento; sin embargo, la información podría ya haber sido proporcionada, tal como usted lo autorizó. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que usted lo revoque por escrito. Si lo solicita, se le entregará una lista de las entidades a las que se ha entregado su información.

- **Recordatorio de citas:** Podemos comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita para tratamiento o atención médica en el consultorio.

**Por ejemplo:** Si no podemos comunicarnos por teléfono, usted o algún miembro de su familia recibirá en su máquina contestadora un mensaje sobre una próxima cita, o un recordatorio de cita por mensaje de texto.

- **Alternativas de tratamiento:** Podemos informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que podrán ser de su interés.

**Por ejemplo:** Podemos informarle si existe un estudio de hipertensión en el consultorio de otro profesional de la salud u organización, si creemos que podría beneficiarlo.

- **Productos y servicios relacionados con la salud:** Le entregaremos información sobre productos o servicios relacionados con la salud, que podrían ser de su interés.

Por favor, avísenos si usted no desea ser contactado para recibir recordatorio de citas, o si usted no desea recibir información sobre alternativas de tratamiento o productos y servicios relacionados con la salud. Si usted nos avisa por escrito (a la dirección que aparece en la parte superior de este aviso) que usted no desea recibir esas comunicaciones, nosotros no usaremos ni divulgaremos su información para estos fines.

Usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento, mediante un aviso por escrito. Su revocación será efectiva a partir del momento en que recibamos su aviso, pero no aplicará a ningún uso y divulgación que haya ocurrido antes de recibirlo. Si usted decide revocar su consentimiento, a nosotros no se nos permitirá usar o divulgar su información médica para propósitos de tratamiento, pagos o funciones de atención médica y, nosotros, por lo tanto, podríamos decidir discontinuar los tratamientos y servicios de salud que le brindamos.

## **SITUACIONES ESPECIALES**

Nosotros podemos usar y divulgar su información médica sin su consentimiento para los siguientes fines, de conformidad con todos los requisitos y limitaciones legales que aplican:

- **Para prevenir una amenaza grave a la salud o a la seguridad:** Nosotros podemos usar y divulgar su información médica cuando lo consideremos necesario para evitar una grave amenaza a su salud y seguridad o para la salud y seguridad del público o de otra persona.

**Por ejemplo:** Si tuviéramos que evacuar nuestro edificio y pensamos que usted se encuentra dentro, nosotros le comunicaremos su identidad a un miembro del equipo de emergencia sobre quién es usted para que lo busquen.

- **Requerimientos de ley:** Podemos divulgar su información médica cuando así lo requieran las leyes federales, estatales, o locales.

**Por ejemplo:** Si estuviéramos obligados por la ley a reportar una enfermedad contagiosa, nosotros la divulgaremos a la organización respectiva.

- **Riesgos a la salud pública:** Nosotros podemos divulgar su información médica por razones de salud pública con el fin de prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad; o reportar nacimientos, fallecimientos, supuesto abuso o negligencia, lesiones físicas no accidentales, reacciones a medicamentos o problemas con productos.

**Por ejemplo:** Si usted tiene una condición médica reportable, tal como una enfermedad contagiosa, nosotros estamos obligados a reportar ciertas afecciones médicas a nuestro departamento de salud local.

- **Reporte para proyectos especiales:** Podemos usar y divulgar su información médica para reportarla a nuestros programas/proyectos especiales. Pediremos su autorización para que el programa/proyecto tenga acceso a su nombre, dirección u otra información que lo identifique, o quién participará en su cuidado en el consultorio.

**Por ejemplo:** Si usted califica para un proyecto con el fin de recibir medicamentos a bajo costo, la organización necesitará tener acceso a su información médica personal para procesar el pedido.

- **Financiamiento/becas/recaudación de fondos/información estadística:** Podemos usar o divulgar su información médica con el fin de garantizar fondos para el funcionamiento de Rogue Community Health. Pediremos su autorización para usar su nombre, dirección u otra información que lo identifique.

**Por ejemplo:** Podemos usar datos demográficos en una beca con el fin de garantizar fondos para financiar nuestra clínica. Nuestro contratista podría tener su nombre si lo extrae de los datos no identificables.

- **Actividades de recaudación de fondos:** Podemos usar o divulgar su información médica protegida, en caso necesario, con el fin de contactarlo para las actividades de recaudación de fondos. Usted tiene derecho de optar por no recibir comunicaciones sobre la recaudación de fondos. Si usted no desea recibir esta información, por favor, presente una solicitud por escrito al oficial de privacidad.
- **Investigación:** Podemos usar y divulgar su información médica protegida para fines de investigación, pero sólo lo haremos si la investigación ha sido aprobada especialmente por un comité de revisión institucional autorizado, o por un comité de privacidad que haya revisado la propuesta de investigación y haya establecido los protocolos que garanticen la privacidad de nuestra información médica protegida. Incluso sin esa aprobación especial, nosotros podemos permitir a los investigadores leer la información médica protegida para ayudarles a preparar la investigación.

**Por ejemplo:** Permitirles identificar pacientes que pudieran estar incluidos en su proyecto de investigación, siempre y cuando ellos no saquen, tomen o copien alguna información médica protegida. Podemos usar y divulgar, para la investigación, un conjunto limitado de datos sobre usted, que no contengan información específica que lo identifique fácilmente. Solo revelaremos el conjunto limitado de datos si se llega a un acuerdo de uso de datos con el destinatario, quien debe estar de acuerdo con (1) usar el conjunto de datos establecido

únicamente para los fines para los cuales fue proporcionado, (2) garantizar la confidencialidad y seguridad de los datos, y (3) no identificar la información o usarla para contactar a alguna persona.

- **Facturación:** Si usted es menor de 18 años, pero puede dar su consentimiento legal para recibir tratamiento, usted está autorizando a Rogue Community Health a cobrar al seguro médico de sus padres o tutor legal.

**Por ejemplo:** La información del seguro médico puede revelar la enfermedad por la cual usted recibió atención. Si quisiera un plan de pago diferente, usted deberá notificarlo a Rogue Community Health.

- **Agencia de cobranzas o servicio de facturación:** Si usted es el responsable del pago de su cuenta y no ha hecho ningún pago, entregaremos su cuenta a una agencia de cobros o a un servicio de facturación.

**Por ejemplo:** Podemos divulgar su nombre, dirección, números de teléfono, saldo pendiente de pago, etc. a una agencia de cobros con el fin de conseguir el pago. \* Nosotros no divulgaremos las condiciones por las cuales usted ha sido atendido.

- **Fotos:** Pediremos su consentimiento por escrito, en caso le tomemos una foto para cualquiera de nuestros proyectos.

**Por ejemplo:** Podemos tomarle una foto con su bebé recién nacido y colocarla en nuestra sala de espera, en donde otros pueden verla. Esta foto puede contener su nombre y el nombre del bebé y, si opta en cualquier momento no participar, puede pedirnos no colocarla.

- **Exámenes médicos para el Departamento de Vehículos Motorizados (DMV)/Departamento de Transporte (DOT) y la escuela:** Con su consentimiento previo, podemos entregar su información médica a organizaciones externas con el fin de llenar formularios de exámenes médicos de Rogue Community Health, que usted haya solicitado.

**Por ejemplo:** Se divulgará la información médica si usted necesita llenar un formulario de examen médico que será entregado a su escuela con el fin de practicar deportes.

- **Militares, veteranos, seguridad nacional e inteligencia:** El comando militar u otras autoridades gubernamentales podrían solicitarnos divulgar su información médica, si usted es o ha sido un miembro de las fuerzas armadas o miembro de las comunidades de seguridad nacional o de inteligencia. También podemos divulgar la información médica acerca del personal militar extranjero a la respectiva autoridad militar extranjera.

**Por ejemplo:** Proporcionaremos la información con su consentimiento, si la ley nos exige divulgar información médica al ejército para su reclutamiento.

- **Compensación laboral:** Podemos divulgar su información médica al programa de compensación laboral o programas similares. Estos programas le brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**Por ejemplo:** Si su condición médica le impide trabajar, podemos escribirle un certificado médico que explique su diagnóstico. Si usted lo desea, esta información puede ser entregada a su empleador.

- **Actividades de supervisión de la salud:** Podemos divulgar su información médica a las agencias de supervisión de la salud para fines de auditoría, investigación, inspección o para el otorgamiento de licencias. Algunas agencias estatales y federales pueden requerir que esta información sea divulgada para supervisar el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

**Por ejemplo:** Con el fin de mantener el cumplimiento legal dentro de las historias clínicas, podemos divulgar su información médica a organizaciones como una agencia que supervisa las historias clínicas.

- **Demandas y disputas:** Si usted estuviera involucrado en una demanda o una disputa legal, podemos divulgar su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa. En cumplimiento de los requerimientos legales aplicables, también podemos divulgar su información médica en respuesta a una citación judicial.

**Por ejemplo:** Si usted está involucrado en un juicio y Rogue Community Health es citado judicialmente, divulgaremos toda la información que la ley requiera.

- **Aplicación de la ley:** Podemos divulgar su información médica si lo requiere un oficial de policía en respuesta a alguna orden judicial, citación judicial, mandato judicial, comparecencia o un proceso similar, en cumplimiento de los requerimientos legales aplicables.

**Por ejemplo:** En caso de recibir una citación judicial, podemos estar obligados a divulgar su información médica privada a un juez o a la corte.

- **Médicos forenses, examinadores médicos, y directores de funerales:** Podemos divulgar información médica a un médico forense o examinador médico.

**Por ejemplo:** Esto podría ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte.

- **Información personal no identificativa:** Podemos usar o divulgar su información médica de manera tal que no lo identifique personalmente o no revele quién es usted.

**Por ejemplo:** Podemos usar información estadística que no identifique a una persona, con el fin de recaudar fondos por medio de donaciones o fundaciones.

- **Familia y amigos:** Podemos divulgar su información médica a los miembros de su familia o amigos personales, si obtenemos su autorización verbal o si le damos la oportunidad de oponerse a tal divulgación y usted no pone objeción. También podemos divulgar su información médica a su familia si inferimos que usted no se opondrá, basándonos en las circunstancias y en nuestro criterio profesional.

**Por ejemplo:** Podemos asumir que usted está de acuerdo en que divulguemos su información médica personal a su cónyuge, si su cónyuge o un amigo lo acompañan a la sala de exámenes durante un tratamiento o mientras se evalúa el tratamiento.

- Sí usted no se encuentra en condiciones de dar su consentimiento en alguna situación (por estar ausente o sufrir una incapacidad o emergencia médica), podemos determinar, según nuestro criterio profesional, que lo más beneficioso para usted será divulgar su información médica a un miembro de su familia o amigo. En esa situación, divulgaremos solamente la información médica pertinente a la persona que esté involucrada en su atención médica. Por ejemplo, podemos informar a la persona que lo acompañó a la sala de emergencia que usted sufrió un ataque al corazón y darle información actualizada sobre su progreso y pronóstico. Asimismo, basándonos en nuestro criterio y experiencia profesional, podemos inferir razonablemente de que lo más conveniente para usted, es permitir que otra persona actúe en su representación para recoger, por ejemplo, sus prescripciones de medicinas, suministros médicos o rayos x.

## **OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA**

No usaremos ni divulgaremos su información médica por ningún otro motivo que no esté identificado en las secciones anteriores, sin su autorización específica por escrito. Debemos obtener su autorización separada de cualquier otro consentimiento que podamos haber recibido de usted. Si usted nos da autorización para usar o divulgar su información médica, usted puede revocar esa autorización por escrito y en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, ya no podremos usar ni divulgar su información médica por las razones cubiertas en su autorización escrita, pero no podemos anular cualquier otro uso o divulgación que se haya realizado con su autorización.

**Se requiere su autorización por escrito para otros usos y divulgaciones**

Se realizarán los siguientes usos y divulgaciones de su información médica protegida solamente con su autorización por escrito:

1. La mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia;
2. Usos y divulgaciones de información médica protegida con fines de publicidad; y
3. Divulgaciones que constituyen la venta de su información médica protegida.

Si tuviéramos información suya sobre VIH o abuso de sustancias, no podremos divulgarla sin su autorización especial por escrito y firmada (diferente a la *autorización y consentimiento* mencionados arriba). Con el fin de divulgar registros de VIH y abuso de sustancias, para fines de *tratamiento, pago o funcionamiento de atención médica*, necesitaremos tener el *consentimiento* y una autorización especial por escrito, ambos firmados por usted, que cumplan con la ley vigente aplicable para estos registros.

## **SUS DERECHOS RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Usted tiene los siguientes derechos respecto a la información médica que tenemos sobre usted:

- **Derecho a revisar y copiar:** Usted tiene derecho a revisar y recibir una copia de su información médica, como historias clínicas y reportes de facturación, que utilizamos para tomar decisiones sobre su atención médica. Usted debe presentar una solicitud por escrito con el fin de revisar y/o copiar su información médica. Si usted pide una copia de la información, cobraremos una tarifa por el costo de la copia, por el envío postal u otros útiles relacionados.
- También podemos entregarle un resumen de su información médica protegida, en vez de todo el expediente, o podemos ofrecerle una explicación de la información médica protegida que se le ha entregado, siempre y cuando usted esté de acuerdo con esta opción y pague los costos asociados.
- Mantenemos su información médica protegida en formato electrónico (conocido como historia clínica electrónica), usted tiene derecho a solicitar que se le entregue a usted o se transmita a otra persona o entidad una copia electrónica de su historia clínica. Haremos todo lo posible por facilitarle el acceso a su información médica protegida en la forma o formato que usted solicite, siempre que pueda reproducirse fácilmente en tal formato. Si la información médica protegida no puede reproducirse fácilmente en la forma o formato que usted solicite, se la proporcionaremos ya sea en nuestro formato electrónico estándar o, si usted no lo desea, en copias impresas legibles. El trabajo relacionado con la transmisión de la historia clínica electrónica puede generarle el pago de una tarifa razonable a precio de costo.

Bajo determinadas circunstancias, podemos rechazar su petición de revisión y/o recibir una copia de su información médica. Si negamos su petición de acceso a su información médica, usted puede pedir que se revise la negación. Si la revisión es requerida por la ley, designaremos a un profesional de la salud autorizado para que revise su petición y nuestra negación. La persona encargada de la revisión no será la misma persona que negó su petición, y procederemos a cumplir con el resultado de la revisión.

- **Derecho a enmendar:** Si usted cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, usted puede solicitar su enmienda. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda siempre y cuando la información se encuentre en nuestra oficina.

Para solicitar una enmienda, complete y presente un FORMULARIO DE ENMIENDA/CORRECCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA al Oficial de Privacidad de Rogue Community Health.

Podemos denegar su solicitud de enmienda si no se realiza por escrito o no incluye el motivo que justifica su solicitud. Adicionalmente, podemos negar su solicitud si nos solicita enmendar información médica que:

- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o la organización que la creó ya no se encuentra disponible para hacer la enmienda.
- No es parte de la información médica que nosotros tenemos
- Usted no podría revisar y copiar por no estar autorizado a ello
- Es correcta y está completa

- **Derecho a un reporte de divulgaciones:** Usted tiene derecho a solicitar un “reporte de divulgaciones,” que es una lista de las divulgaciones de su información médica que hemos realizado para fines aparte del tratamiento, pago y funcionamiento de la atención médica.

Para obtener esta lista, usted debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de Rogue Community Health. En la solicitud debe indicar un periodo de tiempo, que no exceda de seis años y no incluya fechas anteriores al 14 de abril de 2003. La primera lista que usted solicite dentro de un periodo de 12 meses será gratuita. Si desea listas adicionales, le cobraremos un costo por cada una de ellas. Al informarle el costo respectivo, usted puede decidir si desea retirar o modificar su solicitud antes de incurrir en el cobro.

- **Derecho a solicitar restricciones:** Usted tiene el derecho a solicitar la restricción o limitación de la información médica que nosotros usamos o divulgamos sobre usted para tratamientos, pagos o funcionamiento de la atención médica. Usted también tiene derecho a solicitar que se limite la información médica que divulgamos sobre usted a cualquier persona involucrada en su cuidado o en el pago de éste, que podría ser un miembro de la familia o un amigo. Por ejemplo, usted puede pedir que no usemos o divulguemos información sobre alguna cirugía que haya tenido.

**No estamos obligados a aceptar su solicitud:** Si estamos de acuerdo, cumpliremos su solicitud a menos que se requiera la información para brindarle tratamiento de emergencia.

Para solicitar restricciones, complete y presente la SOLICITUD DE RESTRICCIÓN DE USO/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA al Oficial de Privacidad de Rogue Community Health.

- **Pagos directos de su propio bolsillo:** Si usted pagó de su propio bolsillo (o, en otras palabras, usted pidió que no le cobremos a su compañía de seguros) la totalidad de un producto o servicio específico, usted tiene el derecho a solicitar que su información médica protegida, relacionada con dicho producto o servicio, no sea divulgada a la compañía de seguros con el fin de obtener un pago o funcionamiento de la atención médica. En tal sentido, nosotros honraremos esa petición.
- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** Usted tiene derecho a solicitar que la comunicación con usted para los asuntos relacionados con su atención médica, se realice de un modo específico o en un lugar determinado. Por ejemplo, usted puede solicitar que lo contactemos solo en el trabajo o por correo.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, complete y presente la SOLICITUD DE RESTRICCIÓN DE USO/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA Y/O COMUNICACIONES CONFIDENCIALES al Oficial de Privacidad de Rogue Community Health. Debe indicar el motivo de su solicitud. Atenderemos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar la manera y el lugar donde desea ser contactado.

- **Derecho a recibir una copia impresa de este aviso:** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso y puede solicitarla en cualquier momento. Incluso si usted ya aceptó recibirlo electrónicamente, usted aún tiene derecho a obtener una copia impresa.

**CAMBIOS A ESTE AVISO:** Nos reservamos el derecho a cambiar este aviso y de poner en vigencia el aviso corregido o cambiado para la información médica que ya tenemos de usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos en el consultorio un resumen del aviso actual con la fecha de vigencia en la esquina superior derecha del aviso. Usted tiene derecho a recibir una copia del aviso vigente.

**QUEJAS:** Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad, usted puede presentar una queja a nuestra oficina o a la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja en nuestra oficina, contáctese con el Oficial de Privacidad de Rogue Community Health al **(541) 773-3863**. Usted no será sancionado por presentar una queja.