

# Notice of Privacy Practices



Para contenido en español, comience en la página 9



## Aviso de prácticas de privacidad

# NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

**THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.**

**PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.**

*If you have any questions about this notice, please contact Rogue Community Health's Privacy Officer at (541) 930-5618 or [compliance@roguech.org](mailto:compliance@roguech.org). Rogue Community Health 1221 Disk Drive, Medford, Oregon 97501*

## **YOUR HEALTH INFORMATION**

We are required by law to give you this notice. It will tell you about the ways in which we may use and disclose health information about you and describes your rights and our obligations regarding the use and disclosure of that information.

This notice applies to the information and records we have about your health, health status, the health care and services you receive at all clinic locations and school-based health centers, and demographic information you provided to us when registering as a patient.

## **WHO WILL FOLLOW THIS NOTICE**

The privacy practices described in this notice will be followed by all Rogue Community Health employees, volunteers, and providers you consult with by telephone or in person when your regular primary care provider is not available.

## **HOW WE MAY USE AND DISCLOSE HEALTH INFORMATION ABOUT YOU**

**For Treatment:** We may use health information about you to provide you with medical treatment or services. We may disclose health information about you to doctors, physician assistants, family nurse practitioners, nurses, integrated health staff, medical assistants, technicians, office staff, other personnel, or volunteers and other medical professionals who are involved in taking care of you and your health.

**For example:** Different personnel in our office may share information about you and disclose information to people who do not work in our office in order to coordinate your care, such as phoning in prescriptions to your pharmacy, scheduling lab work, ordering x-rays, and making referrals on your behalf. Family members and other health care providers may be part of your medical care outside this office and may require information about you that we have.

**For Payment:** We may use and disclose health information about you so that the treatment and services you receive at this office may be billed to and payment may be collected from you, an insurance company or a third party.

**For example:** We may need to give your insurance company information about a service you received here so your insurance company or health plan will pay us or reimburse you for the service. We may also tell your health plan about a treatment you are going to receive to obtain prior approval, or to determine whether your plan will cover the treatment.

**For Health Care Operations:** We may use and disclose health information about you in order to run the office and make sure that you and our other patients receive quality care.

**For example:** We may use your health information to evaluate the performance of our staff in caring for you. We may also use health information about all or many of our patients to help us decide what additional services we should offer. We may also use health information in order to secure funding to keep our programs running. We may use telehealth technology (electronic communication) for medical information exchange through a secure network from one site to another.

**For example:** Rogue Community Health is part of an organized health care arrangement including participants in the Oregon Community Health Information Network (OCHIN). A current list of OCHIN participants is available at <http://www.community-health.org/partners.html>. As a business associate of Rogue Community Health, OCHIN supplies information technology and related services to Rogue Community Health and other OCHIN participants. OCHIN also engages in quality assessment and improvement activities on behalf of its participants.

---

For example, OCHIN coordinates clinical review activities on behalf of participating organizations to establish best practice standards and assess clinical benefits that may be derived from the use of electronic health record systems. OCHIN also helps participants work collaboratively to improve the management of internal and external patient referrals. Your health information may be shared by Rogue Community Health with other OCHIN participants as part of this organized health care arrangement when necessary for purposes of health care operations.

**Appointment Reminders:** We may contact you as a reminder that you have an appointment for treatment or medical care at the office.

**For example:** If we cannot reach you by phone, we may leave a message on your answering machine or someone in your household about an upcoming appointment.

**Treatment Alternatives:** We may tell you about or recommend possible treatment options or alternatives that may be of interest to you.

**For example:** If there is a hypertension study at another provider office or organization, we may tell you about it if we feel it may benefit you.

**Health-Related Products and Services:** We may tell you about health-related products or services that may be of interest to you.

Please notify us if you do not wish to be contacted for appointment reminders, or if you do not wish to receive communications about treatment alternatives or health-related products and services. If you advise us in writing (at the address listed at the top of this Notice) that you do not wish to receive such communications, we will not use or disclose your information for these purposes.

You may revoke your Consent at any time by giving us written notice to the address listed at the top of this Notice. Your revocation will be effective when we receive it, but it will not apply to any uses and disclosures that occurred before that time. If you do revoke your Consent, we will not be permitted to use or disclose your information for purposes of treatment, payment, or health care operations, and we may therefore choose to discontinue providing you with health care treatment and services.

## SPECIAL SITUATIONS

We may use or disclose health information about you without your permission for the following purposes, subject to all applicable legal requirements and limitations:

**To Avert a Serious Threat to Health or Safety:** We may use and disclose health information about you when necessary to prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of the public or another person.

**For example:** If we had to evacuate our building and we thought you were in the building we may tell an emergency crew member who you are in order to find you.

**For example:** If you threaten to harm yourself or someone else, we are required to notify the individual who you threatened as well as law enforcement of the threat.

**Required By Law:** We will disclose health information about you when required to do so by federal, state, or local law.

**For example:** If we are required by law to report a communicable disease we will disclose to the required organization.

**Public Health Risks:** We may disclose health information about you for public health reasons in order to prevent or control disease, injury, or disability; or report births, deaths, suspected abuse or neglect, non-accidental physical injuries, reactions to medications or problems with products.

**For example:** If you have a reportable condition, such as a communicable disease, we are required to report certain conditions to our local health department.

**For example:** If you have an allergic reaction to a medication, we are required to report your reaction to the Food and Drug Administration.

**Reporting for Special Projects:** We may use and disclose health information about you to report to our special programs/projects. We will ask you for your permission if the program/project will have access to your name, address or other information that reveals who you are, or will be involved in your care at the office.

**For example:** If you are eligible for a project in order to receive low-cost medication the organization will need access to personal health information in order to process the request.

**Reporting Statistics:** We may use and disclose demographic information you provided to us when registering as a patient to regulatory bodies as required by either law or accreditation standards. The information will only be reported in the aggregate and without any personally identifiable information. We may also use this information to make improvements in the services we offer to help you improve your overall health and well-being. Demographic information is never used to deny or limit services offered or provided to our patients.

**For example:** We may use aggregated demographic information about our patient population to make sure we are offering translation and/or interpretation services in the languages most often spoken by our patients.

**Funding/Grants/Fundraising:** We may use or disclose health information about you for the purpose of securing funding for Rogue Community Health's operations. We will ask you for your permission if we use your name, address or other information that reveals who you are.

**For example:** We may use demographics in a grant request in order to secure grant funds to fund our clinic. Our Analytics staff may have your name while extracting it from the non-identifiable data.

**Fundraising Activities:** We may use or disclose your protected health information, as necessary, in order to contact you for fundraising activities. You have the right to opt out of receiving fundraising communication. If you do not want to receive these materials, please submit a written request to the Privacy Officer at the address listed at the top of this Notice.

**Research:** We may use and disclose your protected health information for research purposes, but we will only do that if the research has been appropriately approved by an authorized institutional review board or a privacy board that has reviewed the research proposal and has established protocols to ensure the privacy of your protected health information. Even without that special approval, we may permit researchers to look at unidentifiable health information to help them prepare for research.

**For example:** To allow a researcher to identify patients who may be included in their research project, as long as they do not remove, or take a copy of, any protected health information. We may use and disclose a limited data set that does not contain specific, readily identifiable information about you for research. We will only disclose the limited data set if we enter into a Business Associate Agreement and/or Data Use Agreement with the recipient who must agree to (1) use the data set only for the purposes for which it was provided, (2) ensure the confidentiality and security of the data, and (3) not identify the information or use it to contact any individual.

**Billing:** If you are under the age of 18, but can give legal consent for treatment, you give permission for Rogue Community Health to bill your parent's or legal guardian's insurance.

**For example:** The insurance information may reveal the condition for which you were seen. If you would like a different payment arrangement, you are responsible for notifying Rogue Community Health to make this arrangement.

**Collection Agency or Billing Service:** If you are responsible for payment on your account and we receive no payment, we may turn your account over to a collection agency or billing service.

**For example:** We may disclose your name, address, phone numbers, outstanding balance etc. to a collection agency in order to pursue payment. \*We will not disclose conditions for which you have been seen.

**Photos:** If we take your picture for any of our projects, we will ask for your written consent.

**For example:** After you have a baby, we may take a picture of you and your baby and place it in our waiting room where others may see. This picture may contain the name of you and your child. You may opt out at any time and ask us not to use the picture by contacting us at the address noted at the top of this Notice.

---

**DMV/DOT/School Physical:** We may disclose health information about you to an outside organization with your prior consent in order to complete physical forms that you have requested of Rogue Community Health.

**For example:** Health Information will be disclosed if you or your child need a physical form completed that will be given to your school in order to play sports.

**Military, Veterans, National Security, and Intelligence:** If you are or were a member of the armed forces, or part of the national security or intelligence communities, we may be required by military command or other government authorities to release health information about you. We may also release information about foreign military personnel to the appropriate foreign military authority.

**For example:** If we are required by law to release health information to the military for your enlistment, we will provide the information with your consent.

**Worker's Compensation:** We may release health information about you for worker's compensation claims or similar programs. These programs provide benefits for work-related injuries or illnesses.

**For example:** If your condition prevents you from working, we may write a work release that states your diagnosis. This information may be given to your employer upon your request.

**Health Oversight Activities:** We may disclose health information to a health oversight agency for audits, investigations, inspections, or licensing purposes. These disclosures may be necessary for certain state and federal agencies to monitor the health care system, government programs, and compliance with civil rights laws.

**For example:** We may disclose health information to organizations such as an agency which oversees medical records, in order to maintain legal compliance within the record.

**Lawsuits and Disputes:** If you are involved in a lawsuit or a dispute, we may disclose health information about you in response to a court or administrative order. Subject to all applicable legal requirements, we may also disclose health information about you in response to a subpoena.

**For example:** If you are involved in a court case and Rogue Community Health is subpoenaed, we will disclose all information required by law.

**Law Enforcement:** We may release health information if asked to do so by a law enforcement official in response to a court order, subpoena, warrant, summons or similar process, subject to all applicable legal requirements.

**For example:** If we are subpoenaed, we may be required to disclose your PHI to a judge or court.

**Coroners, Medical Examiners and Funeral Directors:** We may release health information to a coroner or medical examiner.

**For example:** This may be necessary, for example, to identify a deceased person or determine the cause of death.

**Information Not Personally Identifiable:** We may use or disclose health information about you in a way that does not personally identify you or reveal who you are.

**For example:** We may use statistical information that does not identify a person in order to secure funds through grants and foundations.

**Family and Friends:** We may disclose health information about you to your family members or friends and we obtain your verbal agreement to do so or if we give you an opportunity to object to such a disclosure and you do not raise an objection. We may also disclose health information to your family if we can infer from the circumstances, based on our professional judgment that you would not object in the event of an emergency.

**For example:** We may assume you agree to our disclosure of your personal health information to your spouse when you bring your spouse or a friend with you into the exam room during treatment or while treatment is discussed.

In situations where you are not capable of giving consent (because you are not present or due to your incapacity or medical emergency), we may use our professional judgment to determine that a disclosure to your family member or friend is in your best interest. In that situation, we will disclose only health information relevant to the person's involvement in your care. For example, we may inform the person who accompanied you to the emergency room that you suffered a heart attack and provide updates on your progress and prognosis. We may also use our professional judgment and experience to make reasonable inferences that it is in your best interest to allow another person to act on your behalf to pick up, for example, filled prescriptions, medical supplies, or x-rays.

## **OTHER USES AND DISCLOSURES OF HEALTH INFORMATION**

We will not use or disclose your health information for any purpose other than those identified in the previous sections without your specific, written Authorization. We must obtain your Authorization separate from any Consent we may have obtained from you. If you give us Authorization to use or disclose health information about you, you may revoke that Authorization, in writing, at any time by contacting us at the address listed at the top of this Notice. If you revoke your Authorization, we will no longer use or disclose information about you for the reasons covered by your written Authorization, but we cannot take back any uses or disclosures already made with your permission.

### **Your Written Authorization is required for Other Uses and Disclosures**

The following uses and disclosures of your protected health information will be made only with your written authorization:

1. Most uses and disclosures of psychotherapy notes;
2. Uses and disclosures of protected health information for marketing purposes; and
3. Disclosures that constitute a sale of your protected health information.

If we have HIV or substance abuse information about you, we cannot release that information without your special signed, written authorization (different than the *Authorization* and *Consent* mentioned above). In order to disclose HIV or substance abuse records for purposes of *treatment, payment or health care operations*, we must have your signed written authorization that complies with the law governing these records. We are not permitted to release these records for non-treatment purposes without your written authorization.

## **YOUR RIGHTS REGARDING HEALTH INFORMATION ABOUT YOU**

You have the following rights regarding health information we maintain about you:

**Right to Inspect and Copy:** You have the right to inspect and receive a copy of your health information, such as medical and billing records, that we use to make decisions about your care. You must submit a written request to inspect and/or copy your health information at the address listed at the top of this Notice. If you request a copy of the information, we may charge a fee for the cost of copying, mailing or other associated supplies.

We can also provide you with a summary of your protected health information, rather than the entire record or we can provide you with an explanation of the protected health information which has been provided to you, so long as you agree to this alternative form and pay the associated fees.

Your protected health information is maintained in an electronic format (known as an electronic medical record). You have the right to request an electronic copy of your record be given to you or transmitted to another individual or entity. We will make every effort to provide access to your protected health information in the form or format you request if it is readily producible in such form or format. If the protected health information is not readily producible in the form or format you request, your record will be provided in either our standard electronic format or if you do not want this form or format, in readable hard copy. We may charge you a reasonable, cost-based fee for the labor associated with transmitting the electronic medical record or supplies to produce a hard copy.

We may deny your request to inspect and/or receive a copy of your health information in certain limited circumstances. If you are denied access to your health information, you may ask that the denial be reviewed. If such a review is required by law, we will select an independent licensed health care professional to review your request and our denial. We will comply with the outcome of the review.

---

**Right to Amend:** If you believe health information we have about you is incorrect or incomplete, you may ask us to amend the information. You have the right to request an amendment as long as the information is kept by Rogue Community Health.

To request an amendment, complete and submit a MEDICAL RECORD AMENDMENT/CORRECTION FORM to Rogue Community Health's Privacy Officer at the address listed above in this Notice.

We may deny your request for an amendment if it is not in writing or does not include a reason to support the request. In addition, we may deny your request if you ask us to amend information that:

- We did not create.
- Is not part of the health information that we maintain.
- You would not be permitted to inspect and copy the information.
- Is accurate and complete.
- Involves a legal case or potential claim.

**Right to an Accounting of Disclosures:** You have the right to request an "accounting of disclosures." This is a list of the disclosures we made of medical information about you for purposes other than treatment, payment, and health care operations.

To obtain this list, you must submit your request in writing to Rogue Community Health's Privacy Officer at the address listed above in this Notice. It must state a time period, which may not be longer than six years and may not include dates before April 14, 2003. The first list you request within a 12-month period will be provided to you at no cost. For additional lists, we charge you for the costs of printing and/or copying the information to provide you the list. We will notify you of the cost involved and you may choose to withdraw or modify your request at that time before any costs are incurred.

**Right to Request Restrictions:** You have the right to request a restriction or limitation on the health information we use or disclose about you for treatment, payment, or health care operations. You also have the right to request a limit on the health information we disclose about you to someone who is involved in your care or the payment for it, such as a family member or friend. For example, you could ask that we not use or disclose information about a surgery you had.

**We are not required to agree to your request:** If we do agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide you emergency treatment.

To request restrictions, you may complete and submit the REQUEST FOR RESTRICTION ON USE/DISCLOSURE OF MEDICAL INFORMATION to Rogue Community Health's Privacy Officer at the address listed above in this Notice.

**Out-of-Pocket Payments:** If you paid out-of-pocket (or in other words, you have requested that we not bill your health plan) in full for a specific item or service, you have the right to ask that your protected health information (with respect to that item or service) not be disclosed to a health plan for purposes of payment or health care operations, and we will honor that request. You must request such a restriction at the address listed above in this Notice.

**Right to Request Confidential Communications:** You have the right to request that we communicate with you about medical matters in a certain way or at a certain location. For example, you can ask that we only contact you at work or by mail.

To request confidential communications, you may complete and submit the REQUEST FOR RESTRICTION ON USE/DISCLOSURE OF MEDICAL INFORMATION AND/OR CONFIDENTIAL COMMUNICATION to Rogue Community Health's Privacy Officer at the address listed above in this Notice. You must provide the reason for your request. We will accommodate all reasonable requests. Your request must specify how or where you wish to be contacted.

**Right to a Paper Copy of This Notice:** You have the right to a paper copy of this notice. You may ask us to give you a copy of this notice at any time. Even if you have agreed to receive it electronically, you are still entitled to a paper copy.

**CHANGES TO THIS NOTICE:**

We reserve the right to change this notice, and to make the revised or changed notice effective for medical information we already have about you as well as any information we receive in the future. We will post a summary of the current notice in the office with its effective date in the top right-hand corner. You are entitled to a copy of the notice currently in effect.

**COMPLAINTS:**

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with our office or with the Secretary of the Department of Health and Human Services. To file a complaint with our office, contact Rogue Community Health's Privacy Officer at **(541) 930-5618** or **compliance@roguech.org**. You will not be penalized for filing a complaint.





## AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN 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) 930-5618 o a [compliance@roguech.org](mailto:compliance@roguech.org). Rogue Community Health 1221 Disk Drive, Medford, Oregon 97501*

### SU INFORMACIÓN MÉDICA

La ley nos obliga enviarle este aviso. 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, la atención médica y los servicios que usted recibe en todas las ubicaciones de las clínicas y centros de salud establecidos en las escuelas, y la información demográfica que usted nos proporcionó al registrarse como paciente.

### A QUIÉN ESTÁ DIRIGIDO ESTE AVISO

Las prácticas de privacidad descritas en este aviso deben ser acatadas también por todos los empleados, voluntarios y profesionales de la salud de Rogue Community Health 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. 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 análisis en el laboratorio, ordenar rayos x y hacer derivaciones (canalizaciones) en su nombre. 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 información médica sobre todos o muchos de nuestros pacientes para ayudarnos a decidir qué servicios adicionales debemos 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 <http://www.community-health.org/partners.html> 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.

**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 con usted por teléfono, podemos dejar un mensaje en la máquina contestadora de usted o la de algún miembro de su familia sobre una próxima cita.

**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 a la dirección que aparece en la parte superior de este Aviso. 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.

---

**Por ejemplo:** Si usted amenaza con hacerse daño a sí mismo o a otra persona, estamos obligados a notificar a la persona a la que amenazó, así como a las autoridades policiales de la amenaza.

**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.

**Por ejemplo:** Si usted tiene una reacción alérgica a un medicamento, se nos exige que informemos de su reacción a la Administración de Alimentos y Medicamentos.

**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.

**Estadísticas de presentación de informes:** Podemos usar y divulgar la información demográfica que nos proporcionó al registrarse como paciente ante organismos reguladores según lo exijan la ley o las normas de acreditación. La información solo será reportada en su conjunto y sin ninguna información de identificación personal. También podemos usar esta información para mejorar los servicios que ofrecemos para ayudarle a mejorar su salud y el bienestar general. La información demográfica nunca se utiliza para negar o limitar los servicios ofrecidos o proporcionados a nuestros pacientes.

**Por ejemplo:** Podemos utilizar información demográfica agregada sobre nuestra población de pacientes para asegurarnos que ofrecemos servicios de traducción y/o interpretación en los idiomas que hablan con más frecuencia nuestros pacientes.

**Financiamiento/becas/recaudación de fondos:** 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 solicitud de beca con el fin de garantizar fondos para financiar nuestra clínica. Nuestro personal de Análisis podría tener su nombre mientras 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 no desea recibir estos materiales, envíe una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección que figura en la parte superior de este Aviso.

**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:** Permitirle al investigador 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 divulgaremos el

conjunto limitado de datos si se llega a un Acuerdo de Colaboración Empresarial o 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 acuerdo de pago diferente, usted deberá notificarlo a Rogue Community Health para coordinar ese acuerdo.

**Agencia de cobranzas o servicio de facturación:** Si usted es responsable del pago en su cuenta y no recibimos ningún pago, podemos entregar su cuenta a una agencia de cobros o servicio de facturación.

**Por ejemplo:** Podemos divulgar su nombre, dirección, números de teléfono, saldo pendiente de pago, etc. a una agencia de cobranzas con el fin de conseguir el pago. \* Nosotros no divulgaremos las enfermedades 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. Puede optar por no participar en cualquier momento y pedirnos que no utilicemos la foto poniéndose en contacto con nosotros en la dirección indicada en la parte superior de este Aviso.

**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 o su hijo necesitan 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 ofrecen beneficios en caso de 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 en caso de emergencia 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. Si 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, en cualquier momento, comunicándose con nosotros en la dirección que aparece en la parte superior de este Aviso. 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 las 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 funciones 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. No se nos permite divulgar estos registros para fines de no tratamiento sin su autorización por escrito.

## SUS DERECHOS CON 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 a la dirección indicada en la parte superior de este Aviso. Si usted pide una copia de la información, podemos cobrar una tarifa por el costo de la copia, por el envío postal u otros suministros 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 o los suministros para una copia impresa 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. Cumpliremos 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 Rogue Community Health. Para solicitar una enmienda, complete y presente un FORMULARIO DE ENMIENDA/CORRECCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA al Oficial de Privacidad de Rogue Community Health a la dirección indicada en la parte superior de este Aviso.

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
- 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
- Implica un caso legal o posible reclamo

**Derecho a un reporte de divulgaciones:** Usted tiene derecho a solicitar un "reporte de divulgaciones". Esta 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 a la dirección indicada en la parte superior de este Aviso. Debe indicar un período de tiempo, que no puede ser superior a seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses se le proporcionará sin costo alguno. Para listas adicionales, le cobramos los costos de impresión y/o copia de la información para proporcionarle la lista. 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 a la dirección indicada en la parte superior de este Aviso.

**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 de funciones para la atención médica. En tal sentido, nosotros honraremos esa petición. Usted debe solicitar dicha restricción a la dirección indicada anteriormente en este Aviso.

**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, puede solicitar que lo contactemos solo en el trabajo o por correo.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted puede completar y presentar la SOLICITUD DE RESTRICCIÓN DE USO/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA Y/O COMUNICACIONES CONFIDENCIALES al Oficial de Privacidad de Rogue Community Health a la dirección indicada en la parte superior de este Aviso. Debe indicar el motivo de su solicitud. Se realizarán+ adaptaciones para 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. Puede pedirnos que le entreguemos una copia de este aviso 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 Secretaría 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) 930-5618 o a [compliance@roguech.org](mailto:compliance@roguech.org)**. Usted no será sancionado por presentar una queja.

