The Children's Clinic, P.C.
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de vigencia: 14 de Abril 2003
La Fecha revisada: Diciembre, 2025

Oficina en Portland
9450 SW Barnes Rd., Suite 200
Portland, OR 97225
503.297.3371

Oficina en Newberg
700 Deborah Road, Suite 150
Newberg, OR 97132
503.538.6791

Oficina en Tualatin
19260 SW 65th Avenue, Suite 340
Tualatin, OR 97062
503.691.9777

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE SU PERSONA PUEDE SER USADA Y/O PUBLICADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ÉSTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVISE ESTA INFORMACIÓN CON CUIDADO.

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

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso, por favor llame al Oficial de privacidad en nuestra clínica de Portland en ***503.297.3371***.

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

INFORMACIÓN ACERCA DE SU SALUD Nosotros crearemos un archivo con su historial, cuidados y servicios médicos que usted ha recibido en esta oficina. Nosotros necesitamos este historial médico para darle un mejor servicio médico y para cumplir varios requisitos legales. Este aviso es con respecto a todos los historiales médicos que The Children's Clinic tiene en su poder sobre su persona. Otras instituciones de cuidado médico y doctores a las que usted asiste pueden tener diferentes políticas acerca del uso y publicación del historial médico de sus pacientes. Este aviso le informa a usted de la manera en la cual nosotros hacemos uso de su historial médico y la información contenida en él. También describimos sus derechos y algunas obligaciones que nosotros tenemos concernientes al uso y publicación de su historial médico y la información perteneciente a su historial. A nosotros la ley nos exige que le demos este aviso. Este aviso le informará de la manera que nosotros usaremos la información en su historial médico, así como también sus derechos y nuestras obligaciones pertenecientes al uso y publicación de esta información. A nosotros se nos exige: Asegurarnos de que información médica que lo identifique a usted se mantenga en privado; informarle acerca de nuestras obligaciones legales y nuestra práctica para proteger su privacidad con respecto a su historial médico e información en su historial; y seguir los términos del aviso que está en efecto.

COMO NOSOTROS PODEMOS USAR Y REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED

Para tratamiento. Nosotros podemos usar su información médica para darle tratamiento médico o algún otro tipo de servicio médico. Nosotros podemos revelar información médica sobre su persona y/o sus hijos a doctores, pediatras, enfermeras, asistentes médicos, u otros empleados que trabajen en nuestras oficinas. Por ejemplo, si un doctor esta viendo a su hijo/hija por algún problema respiratorio, el doctor necesitará saber si su hijo/hija tiene algún otro problema que pueda complicar el tratamiento para el problema respiratorio. Además, el doctor tendrá que decirle a las personas que trabajan en el laboratorio que su hijo/hija tiene diabetes, para que la persona encargada del laboratorio haga los exámenes correspondientes. Diferente personal en la oficina también puede compartir información de su historial médico para poder coordinar los diferentes servicios que usted pueda necesitar, como recetas médicas, exámenes en el laboratorio y rayos X. El doctor también compartirá información con otros doctores o enfermeras sobre el estado físico de su hijo/hija para poder determinar el mejor tratamiento para ellos. Familiares y doctores fuera de nuestra oficina pueden ser parte de su cuidado médico y pueden requerir información de su historial médico.

Para Pagos. Nosotros podemos usar y publicar información médica de usted o su hijo/hija para que el tratamiento y servicios recibidos en esta oficina puedan ser cobrados y pagados por usted, la compañía de seguro médico o una tercera persona. Este proceso puede requerir el uso de una agencia recaudadora. Por ejemplo, nosotros tendremos que dar información a su compañía de seguro médico acerca del tratamiento o servicio que usted recibió en esta clínica, para que de ésta manerasu compañía de seguro médico nos pague los servicios o le reembolse a usted el monto que usted nos haya pagado. También informaremos a su compañía de seguro médico de algún tratamiento que usted recibirá en un futuro, esto para obtener el consentimiento de su compañía de seguro médico y para determinar sí su compañía de seguro pagará el tratamiento que usted necesita.

Por Razones Administrativas. Nosotros daremos información acerca de su historial médico por razones administrativas. Esta información es usada por nuestra oficina para asegurarnos de que todos nuestros pacientes están recibiendo el mejor cuidado posible. Por ejemplo, nosotros usaremos su información médica para revisar nuestros tratamientos y servicios y para evaluar a nuestro personal. También combinaremos información médica de varios pacientes para decidir que servicios adicionales debemos ofrecer, cuales servicios no son necesarios y también para implementar nuevos servicios. Nosotros también les daremos información médica a doctores, enfermeras, asistentes médicos y otro personal que trabaje en nuestras oficinas para que revisen su historial médico con fines educativos. También combinaremos información médica de nuestros pacientes con otras clínicas para comparar lo que estamos haciendo y de esa manera mejorar el servicio que le estamos dando. Nosotros quitaremos su información personal de los historiales médicos para que ninguna persona pueda identificar al paciente, cuyo historial médico este siendo usado con fines educativos o de comparación con otras clínicas.

Revelaciones a los Asociados de Negocio. En ciertas circunstancias podemos necesitar compartir su información médica con una empresa contable (es decir, la empresa de transcripción, Inteligencia Artificial (IA) teqnologia de dictado o abogado) asociados para que se pueda realizar un servicio en nuestro nombre. Vamos a tener un contrato por escrito con los socios de negocios que lo requieran para proteger la privacidad de su información médica.

Recordatorios de Citas Médicas. Podemos contactarle por teléfono, correo electrónico o mensaje de texto, y podemos dejar un mensaje con respecto a la cita programada de usted/su hijo o la necesidad de una cita u otra información de salud. Puede optar por excluirse de estos recordatorios poniéndose en contacto con nosotros.

Equilibrio en Comunicación. Al proporcionar mi número de teléfono residencial, número de teléfono móvil, dirección de correo electrónico y cualquier otra información decontacto personal, autorizo a TCC a emplear un sistema de mensajería y alcance automatizado de terceros para usar mi información personal, el nombre de mi proveedor de atención y otros información limitada, con el fin de notificarme de un saldo impago. También autorizo a mi proveedor de atención médica a divulgar a terceros, que pueden interceptar estos mensajes, información de salud protegida limitada con respecto a eventos de atención médica, saldos impagos y dejar unmensaje recordatorio en mi teléfono móvil, correo electrónico y correo de voz o sistema de contestador. Puede optar por no recibir estos recordatorios respondiendo "STOP" al mensaje de texto o comunicándose con nosotros.

Otras Alternativas para Tratamiento/ Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud. Podemos informarle sobre o recomendarle otras posibles opciones de tratamiento, alternativas o beneficios y servicios relacionados con la salud. Por favor háganos saber si usted no desea recibir estos comunicados de servicios relacionados con la salud.

SITUACIONES ESPECIALES Nosotros daremos información de su historial médico sin su consentimiento por las siguientes razones, sujetas a todos los requerimientos y limitaciones legales:

Programa de Alerta para Vacunación de Oregon. Nosotros reportaremos las vacunas de su hijo/hija a la Oficina de Registro de Vacunas del Estado de Oregon. Solo personal autorizado tiene acceso a esta información.

Familiares y Amigos. Podemos liberar información médica referente a usted y/o su hijo/hija a un amigo o miembro de la familia quien este involucrado en su cuidado médico, si es que usted nos da permiso verbal o si le damos la oportunidad de oponerse a tal liberación y usted no se opone. También podemos dar información a su familia o amistades sin su consentimiento cuando nosotros lo creamos pertinente y sabiendo que usted no tendrá ningún problema con esto. Por ejemplo, nosotros daremos información médica acerca de la salud de su hijo/hija a ambos padres. En situaciones las cuales usted no este presente para dar su consentimiento (por razones de salud o algún otro tipo de emergencia), nosotros tendremos en cuenta que el revelar información médica a un familiar o amigo es lo mas prudente para su beneficio propio. En esta situación solo daremos información médica a la persona/personas encargada del cuidado del paciente. Además podemos liberar su información médica a organizaciones en casos de desastre para que puedan notificar a su familia su estado de salud y lugar donde se puede localizar.

Acceso a Información de Salud de Menores. El acceso se otorga de forma predeterminada a los padres/ tutores legales del menor, a menos que un tribunal indique lo contrario. Como padre/tutor legal, usted puede optar por permitir que otros accedan la información de salud de su hijo menor, completando un formulario de liberaciónde información disponible en cada de nuestras oficinas.

Investigación y Donación de Organos y Tejido. Podemos usar y publicar información médica acerca de usted para proyectos de investigación que sean sujetos a un proceso de aprobación especial. Le pediremos su permiso si es que la persona encargada de la investigación va a tener acceso a su nombre, dirección o alguna otra información que pueda revelar su identidad, o quién este involucrado con su cuidado en nuestra oficina. Si usted es un donante de órganos, podemos dar información médica a organizaciones encargadas de la obtención de órganos donados o transplante de órganos, ojos y tejido. Esto lo hacemos para facilitar el transplante deórganos y tejido.

Salud reproductiva. No usaremos ni divulgaremos su información médica protegida para ningún propósito relacionado con investigar o imponer responsabilidad a ninguna persona por buscar, obtener, proporcionar o ayudar con atención de salud reproductiva legal. Es posible que necesitemos una certificación firmada antes de revelar PHI que pueda estar relacionada con servicios de salud reproductiva.

Si es Requerido por la Ley o para Prevenir una Amenaza Seria a la Salud o Seguridad. Revelaremos su información médica sólo cuando se nos sea requerido por la ley, ya sea federal, estatal o local; cuando sea necesario para prevenir una seria amenaza a su salud o su seguridad o a la salud y seguridad del público o alguna otra persona; o por razónes de salud pública, para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o descapacitación; o para reportar nacimientos, muertes, sospecho de abuso o negligencia, lesiones en su físico que no hayan sido causadas por accidente, reacción a medicamentos o a algún producto.

Ejército y Veteranos/ Policia. Si usted es miembro de las fuerzas armadas, nosotros podremos publicar información acerca de su historial médico si las autoridades militares lo requieren. También podemos dar información de personal extranjero militar a las autoridades apropiadas del militar en el extranjero. También daremos información médica, si es requerida, al departamento de policía en respuesta a una orden administrativa o de la corte. Sujeto a todos los requerimientos legales, también podemos revelar información de salud en respuesta a un citatorio.

Compensación para Trabajadores/Actividades de la Salud. Podemos dar información de su historial médico al programa de compensación para trabajadores lastimados u otro programa similar. Estos programas proveen beneficios a los trabajadores que se lastiman en el trabajo o se enferman. Podemos dar información médica a las organizaciones que vigilan la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y obtención de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno pueda vigilar el sistema de salud, programas gubernamentales y conformidad con las leyes de los derechos humanos.

Demandas y Disputas. Si usted está involucrado en una demanda o disputa, nosotros podemos publicar información médica acerca de su persona en respuesta a una petición de la corte u orden administrativa. También publicaremos información médica en respuesta a un citación.

Médico Forense, Examinador Médico y Directores de Funeral. Nosotros podemos dar información médica de un paciente a médicos forenses o investigadores médicos. Esto puede ser necesario para identificar un cuerpo o para determinar la causa por la cual alguna persona falleció.

Información que no lo identifique. Podemos usar o dar información médica acerca de usted de manera que nadie pueda identificar al paciente o revelar quién es la persona.

OTROS USOS Y DECLARACIONES DE INFORMACIÓN ACERCA DE LA SALUD Nosotros no usaremos o divulgaremos su información médica por ninguna razón ni propósito que no haya sido previamente identificada en las otras secciones de este aviso sin su específica ***autorización*** por escrito. Si usted nos da una ***autorización*** por escrito usted puede revocar dicha ***autorización*** cuando usted lo desee. Si usted revoca su ***autorización*** nosotros no usaremos o publicaremos su información médica por las razones que usted nos de ***por escrito***, pero nosotros no podemos retirar la información que ya publicamos o usamos antes de que usted revocára por escrito el derecho a que usemos su información médica. Si nosotros tenemos información de VIH o de abuso de drogas nosotros no podemos usar o publicar esta información sin una ***autorización*** especial escrita y firmada por el paciente (esta autorización es diferente a la mencionada anteriormente). Para que nosotros podamos publicar ese tipo de información de su historial médico para propósitos de tratamiento médico, pago u operaciones para la salud, nosotros necesitaremos una autorización especial que llene todos los requisitos que la ley estipula para pacientes con VIH o de abuso de drogas.

SUS DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED O SU HIJO/HIJA

Derecho a Inspeccionar y Copiar. Usted tiene el derecho a inspeccionar y obtener copias de su información médica que se utiliza para tomar decisiones sobre su cuidado o pago por su cuidado, esto no incluye notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar información médica que puede ser utilizada para tomar decisiones sobre usted, usted debe someter su solicitud por escrito al Oficial de privacidad en nuestra oficina de Portland. Copias de sus registros pueden ser proporcionados a usted en un formato electrónico o en papel dependiendo de su solicitud y la tecnología en la que se mantienen los registros. Podemos cobrarle una cuota por el costo de copiar, enviar y otros suministros asociados con su solicitud. Podemos negar su solicitud de inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a la información médica, usted puede solicitar que se revise la negación. Vamos a seleccionar un profesional de la salud para revisar su solicitud y la negación. La persona que realice la revisión no será la persona que negó su petición. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.

Derecho a Enmendar/ Corregir. Si usted cree o siente que la información médica que nosotros tenemos es incorrecta o incompleta, usted puede pedir que esta información sea corregida. Usted tiene el derecho de pedir un cambio de información si es que la información se mantiene en la oficina. Para pedir un cambio de información, complete y entregue un Formulario de Corrección del Expediente Médico al oficial de privacidad En nuestra oficina de potland. Nosotros le podemos negar el cambio de información si usted no hace la petición por escrito o si usted no incluye la razón por la cual esta haciendo la petición. También, nosotros le podemos negar su petición si usted nos pide que cambiemos información que; no fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no exista o haya dejado de trabajar en esta oficina; no es parte de la información Médica mantenida por o para la oficina ; no es parte de la información que usted tiene derecho a inspeccionar y copiar; o si es información correcta y completa.

Derecho a Solicitar Restricciones. Usted tiene el derecho a la solicitud o limitar la información médica que usamos o revelamos sobre usted para tratamiento, pago o operaciones de cuidado de la salud. No estamos obligados a aceptar su solicitud, excepto bajo ciertas circunstancias limitadas. Si usted no desea que The Children's Clinic revelen su información médica para una visita específica a un plan de salud y notificar antemano al oficial de privacidad en nuestra clinica de Portland por escrito y con suficiente tiempo y todos los servicios son pagados en su totalidad en el momento de la visita, estamos requeridos a aceptar su solicitud. Nosotros no le preguntaremos la razón de su solicitud. Su petición debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

Derecho a un Informe de contabilidad. Usted tiene el derecho de solicitar una de las revelaciones de contabilidad. Esta es una lista de las revelaciones que sehan hecho de la información médica acerca de usted para propósitos aparte de tratamiento, pago las operaciones del cuidado de la salud cuando usted lo autorice específicamente y con un número limitado de circunstancias especiales que afectan a la seguridad nacional, instituciones penitenciarias y de la aplicación de la ley. Para obtener esta lista, Debe enviar su solicitud por escrito al oficial de privacidad en nuestra oficina de Portland. Debe indicar un período de tiempo, el cual no podrá ser más de seis años. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (ejemplo en papel o electrónico). La primera lista que usted solicite dentro de un período de 12 meses será gratis. Listas adicionales pueden tener un coste para proporcionar. Nosotros le notificaremos del coste y usted puede elegir retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir estos gastos.

Derecho a Solicitar Comunicación Confidencial. Usted tiene el derecho a pedir que nosotros nos comuniquemos con usted sobre sus asuntos médicos en determinadamanera o en determinado lugar. Por ejemplo, usted puede pedir que solo lo contactemos en su trabajo o por correo. Para pedir comunicaciones confidenciales, usteddebe llenar y entregar una ***PETICIÓN PARA RESTRINGIR EL USO/ REVELACION DE INFORMACIÓN MÉDICA Y/O COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL*** al oficial deprivacidad en nuestra oficina de Portland. Nosotros no le preguntaremos la razón por la cual esta haciendo esto. Su petición debe explicarnos cómo y donde quiere quelocontactemos.

Derecho de Obtener una Copia de Esta Petición. Usted tiene el derecho de pedir una copia de este aviso. Usted puede pedir una copia en cualquier momento, aún cuando haya estado de acuerdo en recibir una copia electrónica (e-mail). Para obtener una copia de este aviso, póngase en contacto con el supervisor en nuestra oficina de Tualatin o Petekort . Usted también puede obtener una copia en nuestra página electrónica: *www.childrens-clinic.com*.

INCUMPLIMIENTO EN LA INFORMACIÓN DE SALUD Se le informará si hay una violación de la garantía de información sobre la salud.

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

QUEJAS Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja ante el oficial de privacidad en nuestra oficina de Portland o también puede presentar su queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (U.S. Secretary of the Department of Health and Human Services). Para presentar su queja póngase en contacto con el oficial de privacidad en nuestra oficina de Portland 503.297.3371. Usted no será castigado si se presenta una queja.