

# Joint Notice of Privacy Practices

## Aviso de Prácticas de Privacidad

---

Este Aviso Conjunto de Prácticas de Privacidad (Aviso) describe cómo se puede utilizar y divulgar su información de salud, y cómo usted puede obtener acceso a dicha información. Por favor examínelo cuidadosamente. Este Aviso se le está proporcionando en nombre de **Providence Health & Services (Providence)**, su personal médico y otros proveedores (a quienes en este documento se hace referencia en forma conjunta como “nosotros” o “nuestro”).

### ***Providence tiene el compromiso de proteger la confidencialidad de su información de salud***

La ley requiere que mantengamos la privacidad de su Información Protegida de Salud (comúnmente llamada PHI, del inglés *Protected Health Information*, o información de salud), incluyendo la PHI en formato electrónico. También se requiere que le notifiquemos acerca de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad concernientes a su información de salud y que obremos de acuerdo con las prácticas incluidas en este Aviso, a no ser que se apliquen leyes o reglamentaciones más estrictas. Este Aviso se aplica a todos los establecimientos, servicios y programas de Providence que le proporcionan atención a la salud.

### **Aplicación de este Aviso**

Las prácticas de privacidad de información que se describen en este Aviso serán observadas por:

- Cualquier profesional de atención a la salud que le atienda a usted en cualquiera de nuestras ubicaciones.
- Todos los establecimientos, departamentos y unidades, incluyendo hospitales, centros quirúrgicos, atención en el hogar, clínicas y otras filiales.
- Todos los miembros de la plantilla, tales como empleados, personal médico, aprendices, estudiantes, voluntarios y otras personas bajo nuestro control directo, ya sea que reciban pago de nosotros o no.
- Otros proveedores de atención a la salud que hayan accedido a obrar de acuerdo con este Aviso de Prácticas de Privacidad.

Este Aviso proporciona información detallada acerca del modo en que podríamos utilizar y divulgar su información de salud con o sin autorización, así como más información acerca de sus derechos específicos con respecto a su información de salud.

### ***Usos y divulgaciones de su información de salud que podríamos hacer sin su autorización***

**Para ponernos en contacto con usted:** Su información se podría utilizar para comunicarnos con usted a fin de recordarle citas, proporcionar resultados de pruebas, informarle acerca de opciones de tratamiento o aconsejarle acerca de otros beneficios y servicios relacionados con la salud.

**Tratamiento:** Su información se podría compartir con cualquier proveedor de atención a la salud que le esté proporcionando servicios de atención a la salud. Esto incluye coordinar su atención con otros proveedores de atención a la salud y proporcionar referencias a otros

proveedores de atención a la salud. Algunos ejemplos de proveedores de atención a la salud que podrían necesitar su información para atenderle son: su médico, farmacéutico, enfermero, y otros proveedores tales como fisioterapeutas, proveedores de salud en el hogar y técnicos en radiología. Podríamos compartir su información con sus proveedores de atención a la salud en forma electrónica, a fin de asegurarnos de que cuenten con ella lo más rápidamente posible para poder atenderle.

Podríamos compartir su información de salud con cualquier miembro de la familia o amigo que esté involucrado en ayudar con su atención a la salud. Solo lo haremos si usted accede o no se niega a ello, y solo compartiremos con ellos la información que necesiten para poder ayudarle. Si usted no puede acceder o negarse a dicha divulgación, podríamos divulgar su información de atención a la salud según sea necesario, si determinamos que, basado en nuestro criterio profesional, esto es en su propio beneficio. Luego de su fallecimiento, podríamos divulgar información de salud a un miembro de la familia, pariente, u otra persona que haya estado involucrada en su atención a la salud o en el pago de atención a la salud, si esto no contradice sus preferencias expresadas anteriormente.

**Pago:** A fin de obtener pago por sus servicios de atención a la salud, podríamos tener que proporcionar su información de salud a la parte responsable de pagar. Esto podría incluir a Medicare, Medicaid (plan de salud estatal) o su compañía de seguro. Su compañía de seguro o plan de salud podrían necesitar su información para actividades tales como determinar su elegibilidad para la cobertura, examinar la necesidad médica de los servicios de atención a la salud que se le proporcionan, o dar aprobación para estadías o servicios hospitalarios.

**Operaciones de atención a la salud:** Su información de salud podría utilizarse con el fin de dar apoyo a nuestras actividades de negocios, y para asegurarnos de que se estén proporcionando servicios de atención a la salud de calidad. Algunas de estas actividades incluyen evaluaciones de la calidad, revisión de pares o empleados, capacitación del personal médico, otorgamiento de licencias y acreditaciones, consolidación de datos y auditorías por parte de agencias reguladoras.

Podríamos compartir su PHI con terceros que lleven a cabo servicios tales como transcripción o facturación. En esos casos tenemos acuerdos por escrito con dichos terceros estableciendo que no utilizarán ni divulgarán su información de salud excepto cuando la ley así lo permita.

También podríamos utilizar su información (nombre, dirección, fecha de nacimiento, departamento del servicio, médico tratante, fechas del tratamiento, resultados) para nuestras actividades de recaudación de fondos. **Usted tiene derecho a optar por excluirse de recibir tales comunicaciones.** Si no desea recibir estos materiales, póngase en contacto con la oficina de nuestra fundación y solicite que no se le envíen.

A menos que usted se oponga, su nombre y ubicación podrán incluirse en nuestro directorio de pacientes. Si se los incluye, compartiremos solamente información muy limitada acerca de usted, tal como su ubicación en el hospital y estado general, con cualquier persona que pregunte por usted utilizando su nombre. Si opta por proporcionar su afiliación religiosa y no se opone, podríamos proporcionar su nombre y número de habitación al clero de su fe o comunidad religiosa

Este Aviso también describe las prácticas de privacidad de un Acuerdo Organizado de Atención a la Salud (u "OHCA", del inglés *Organized Health Care Arrangement*) entre nosotros y ciertos proveedores y organizaciones de atención a la salud elegibles. Un OHCA permite que entidades cubiertas legalmente separadas utilicen y divulguen PHI para el funcionamiento conjunto del acuerdo. Nosotros participamos en un acuerdo de este tipo entre organizaciones de atención a la salud que han acordado trabajar juntas para facilitar el acceso a la información de salud pertinente a su atención. Por ejemplo, si usted se presenta en un hospital para recibir atención de emergencia y no puede proporcionar información importante acerca de su salud, el OHCA nos permitirá utilizar la PHI de usted que obtengamos de nuestros participantes OHCA para atenderle. Cuando se la necesita, tener fácil acceso a su PHI significa una mejor atención para usted. Almacenamos la información de salud de nuestros pacientes en un registro de salud electrónico conjunto con otros proveedores de atención a la salud que participan en este OHCA. Providence y los miembros del OHCA deben poder compartir libremente su información de salud para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención a la salud. Por este motivo, hemos creado el OHCA y este Aviso Conjunto. Los miembros del OHCA pueden optar por tener su(s) propio(s) Aviso(s). Para obtener información acerca de las organizaciones que participan en nuestro OHCA, póngase en contacto con la Oficina de Privacidad (Privacy Office) que se indica en este Aviso.

### ***Otros usos y divulgaciones que podríamos hacer sin su autorización***

Hay varias maneras en las que su información de salud se podría utilizar o divulgar sin su autorización. Por lo general, estos usos y divulgaciones son requeridos por la ley o son para la seguridad y salud pública.

**Cuando la ley lo requiere:** Podríamos utilizar o divulgar su información de salud cuando la ley lo requiera. Si esto sucede, cumpliremos con la ley y solamente divulgaremos la información necesaria.

**Salud pública:** Podríamos divulgar su información de salud a una autoridad de salud pública para actividades de salud pública. Las actividades de salud pública incluyen prevenir o controlar enfermedades, lesiones, discapacidades, y responder a denuncias de abuso, negligencia o violencia doméstica. Podríamos divulgar su información de salud a una persona o agencia cuyo deber sea denunciar eventos adversos, defectos o problemas en productos, desviaciones en productos biológicos, o para la reparación de productos, su reemplazo o su retirada del mercado. Cualquier divulgación de esta naturaleza se hará de manera congruente con la ley estatal y federal.

**Supervisión de la salud:** Podríamos divulgar su información de salud a las agencias de supervisión de la salud para actividades de supervisión autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones e inspecciones. Las agencias de supervisión de la salud incluyen agencias gubernamentales que supervisan el sistema de atención a la salud, programas gubernamentales de beneficios, programas gubernamentales reguladores y derechos civiles.

**Acciones legales:** Podríamos utilizar o divulgar su información de salud en respuesta a una orden de la corte o administrativa en una acción administrativa o judicial, o en respuesta a una citación judicial, una solicitud de proposición de pruebas, u otro proceso legal.

**Aplicación o ejecución de la ley:** Podríamos utilizar o divulgar su información de salud para fines de aplicación o ejecución de la ley. Algunos ejemplos son (1) responder a procesos legales; (2) proporcionar información limitada para identificar o localizar a un sospechoso; (3) proporcionar información acerca de víctimas de delitos; (4) denunciar sospechas de que una muerte ha sido resultado de una conducta delictiva; (5) denunciar un delito que ocurra en nuestras instalaciones; y (6) en el caso de emergencias médicas, denunciar cuando parezca probable que ha ocurrido un delito.

**Evitar una amenaza grave:** Podríamos utilizar o divulgar su información de salud si creemos de buena fe que el uso o la divulgación son necesarios para evitar o mitigar una amenaza grave o inminente a la salud y la seguridad de una persona o del público. La divulgación solo podrá hacerse a una persona razonablemente capaz de evitar o mitigar la amenaza.

**Forenses, agentes de funerarias y donación de órganos:** Podríamos divulgar su información de salud a un médico legista o forense para fines de identificación, para determinar la causa de la muerte, o para otros deberes requeridos legalmente. Podríamos divulgar su información de salud a un agente de una funeraria a fin de permitirle llevar a cabo sus deberes. Podríamos divulgar su información para hacer posible la donación de un órgano, ojo o tejido.

**Investigación:** Podríamos divulgar su información de salud a investigadores, siempre que la investigación haya sido aprobada por una Junta Institucional de Revisión y/o una Junta de Privacidad, y que los protocolos de la investigación hayan sido aprobados para garantizar su privacidad. Podríamos divulgar información de atención a la salud sobre usted a personas que se estén preparando para realizar un proyecto de investigación.

**Actividad militar y seguridad nacional:** Podríamos divulgar información de salud del personal de las Fuerzas Armadas: (1) para actividades que las autoridades adecuadas de comando militar consideren necesarias; (2) para fines de una determinación por parte del Departamento de Asuntos de Veteranos con respecto a su elegibilidad para beneficios; o (3) a una autoridad militar extranjera si usted es miembro de dicho servicio militar extranjero. También podríamos divulgar su información de salud a representantes federales autorizados con el fin de realizar actividades de seguridad nacional e inteligencia, incluyendo proporcionar servicios de protección al Presidente u otros legalmente autorizados para recibir información.

**Reclusos/Detenidos:** Podríamos utilizar su información de salud o divulgarla a un representante de las fuerzas del orden o una institución correccional si usted es un recluso en un establecimiento correccional, o si se encuentra en custodia y la información es necesaria para tratarle o para proteger la salud y la seguridad de usted, de otros reclusos, de los empleados del establecimiento correccional, o de otros.

**Compensación al trabajador:** Podríamos utilizar o divulgar su información de salud según sea necesario para cumplir con las leyes de compensación al trabajador y otros programas similares legalmente establecidos.

**Ayuda en caso de desastres:** Podríamos divulgar información de atención a la salud sobre usted a una entidad que esté prestando asistencia en una iniciativa de ayuda en caso de desastres, de modo que se pueda notificar a su familia y amigos acerca de su condición, estado y ubicación.

## ***Usos y divulgaciones de su información de salud que podríamos hacer con su autorización***

Ciertos usos y divulgaciones de su información de salud, incluyendo mercadotecnia, venta de información de salud, o publicación de notas de psicoterapia, se harán solo con su autorización por escrito. Usted puede revocar una autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya hubiéramos tomado acción en virtud de dicha autorización.

Los usos y las divulgaciones que de otro modo no se describen en el presente Aviso se harán solamente con su autorización escrita.

Las leyes federales y estatales podrían aplicar limitaciones adicionales sobre la divulgación de su información de salud para programas de tratamiento contra el abuso de drogas o alcohol, enfermedades de transmisión sexual, o programas de tratamiento para la salud mental. Cuando la ley lo requiera, obtendremos su autorización antes de dar a conocer este tipo de información.

### ***Sus derechos***

**Derecho a solicitar restricciones:** Usted tiene derecho a pedirnos que coloquemos restricciones sobre el modo en que utilizamos o divulgamos su información de salud para operaciones de tratamiento, pago o atención a la salud. Consideraremos su solicitud, pero no se nos requiere acceder a la restricción (excepto tal como se describe a continuación). Si accedemos a una restricción, no utilizaremos ni divulgaremos su información de salud infringiendo dicha restricción, a menos que sea necesario para una emergencia. Si una restricción deja de ser viable, se lo notificaremos.

**Derecho a restringir la divulgación a planes de salud:** Usted puede solicitar por escrito, en el momento de recibir un servicio, que no divulguemos información a los planes de salud cuando usted haya pagado un desembolso en su totalidad por artículos o servicios. Si se cumplen ciertas condiciones, debemos acceder a no divulgar esta información a su plan de salud.

**Comunicaciones confidenciales:** Accederemos a las solicitudes que sean razonables de comunicarnos con usted con respecto a su información de salud utilizando métodos diferentes o ubicaciones alternativas. Por ejemplo, si usted está cubierto en un plan de salud pero no es el suscriptor, y le gustaría que su información de salud se envíe a una dirección diferente de la del suscriptor, generalmente podremos satisfacer su deseo.

**Notificaciones sobre violaciones a la seguridad:** Usted tiene derecho a recibir notificaciones sobre violaciones a la seguridad de su información de salud tal como la ley lo requiera.

**Acceso a su información de salud:** Usted tiene derecho a recibir una copia de la información de salud que mantenemos sobre usted, con algunas excepciones limitadas. Puede solicitar tener acceso a su información por escrito y puede solicitar una copia de su información en formato electrónico. Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa razonable por el costo de preparar y proporcionar su información de salud. Usted tiene derecho a solicitar que su información de salud se envíe a cualquier persona o entidad, tal como otro médico, cuidador o registro de salud personal en línea.

**Enmiendas a su información de salud:** Usted tiene derecho a pedirnos que enmendemos su información de salud. Necesita solicitar esta enmienda por escrito y presentarla ante el departamento de registros médicos del establecimiento. Podríamos denegar su solicitud en ciertas situaciones, tal como cuando la información de salud que se encuentra en sus registros ha sido generada por otro proveedor, o si determinamos que su información es exacta y completa. Toda denegación se hará por escrito. Usted tiene derecho a apelar nuestra denegación presentando una declaración de desacuerdo por escrito.

**Contabilización de ciertas divulgaciones:** Usted tiene derecho a un listado de las divulgaciones que hacemos de su información de salud, excepto en el caso de aquellas divulgaciones que se hacen para operaciones de tratamiento, pago o atención a la salud, o aquellas divulgaciones que se hacen conforme a su autorización. El tipo de divulgaciones que normalmente se incluyen en un listado son las divulgaciones que se hacen para fines obligatorios de salud pública, aplicación y ejecución de la ley, acciones legales, o para otros informes requeridos, tales como certificados de nacimiento y defunción.

**Ejercer sus derechos:** Para ejercer cualquiera de los derechos que se mencionaron anteriormente, o si necesita compartir su información de salud con alguien para fines que no son los que aquí se indican, póngase en contacto con el departamento de registros médicos correspondiente.

### ***Preguntas y quejas***

Si tiene preguntas o le preocupa que se haya infringido alguno de sus derechos a la privacidad, sírvase ponerse en contacto con nuestro Funcionario de Privacidad en el **1-855-768-7145**.

También tiene derecho a quejarse ante el Secretario de Servicios Humanos y de Salud en:

Andrew Schillinger, Privacy Officer  
Inland Northwest Health Services  
PO Box 469  
Spokane, WA 99201  
(509) 462-3466 (phone)  
(509) 232-8355 (fax)  
[schilla@inhs.org](mailto:schilla@inhs.org)  
[www.inhs.org](http://www.inhs.org)

### **Office for Civil Rights (Oficina para los Derechos Civiles) – AK, CA, ID, OR, WA**

Michael Leoz, Regional Manager  
Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103  
Customer Response Center: (800) 368-1019  
Fax: (202) 619-3818  
TDD: (800) 537-7697  
Email: [ocrmail@hhs.gov](mailto:ocrmail@hhs.gov)

**Office for Civil Rights (Oficina para los Derechos Civiles) – MT**

U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los EE. UU.)

Andrea Oliver, Regional Manager

HHS/Office for Civil Rights

1961 Stout Street

Room 08-148

Denver, CO 80294

Customer Response Center: (800) 368-1019

Fax: (202) 619-3818

TDD: (800) 537-7697

Email: [ocrmail@hhs.gov](mailto:ocrmail@hhs.gov)

No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.

**Cambios al Aviso Conjunto de Prácticas de Privacidad**

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro Aviso en cualquier momento. Las nuevas disposiciones del Aviso tendrán vigencia para toda la información protegida de salud que mantengamos. Usted puede ver una copia de nuestro Aviso más reciente en nuestro sitio web en [www.inhs.org](http://www.inhs.org) and [www.providence.org](http://www.providence.org), o puede solicitar una copia actual en cualquier momento al departamento de registros médicos, al funcionario de privacidad, o al personal de inscripción.