



## NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: COPIA PARA EL PACIENTE

Para Frontier Dermatology  
Vigente a partir de: 03/2023

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA.**

### **REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.**

*Si tiene alguna pregunta sobre esta notificación, comuníquese con:  
Haley Mansur, responsable de Privacidad  
971-888-7904  
1793 13<sup>th</sup> Street Se, Salem, OR 97302*

### **A QUIÉN AFECTA ESTA NOTIFICACIÓN**

Esta notificación describe las prácticas de privacidad de la información seguídas por nuestros empleados, personal y demás personal.

### **SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Esta notificación es aplicable a la información y los registros que tenemos sobre usted, su salud, el estado de salud y la atención médica y servicios que recibe de Frontier Dermatology. Su información médica puede incluir información creada y recibida por Frontier Dermatology, puede estar en forma de registros escritos o electrónicos o en forma oral, y puede incluir información sobre su historial médico, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas, actividad de facturación relacionada y tipos similares de información relacionada con la salud.

Es nuestra obligación legal entregarle esta notificación. En ella se le informará sobre las formas en que podemos usar y divulgar su información médica y describe sus derechos y nuestras obligaciones respecto al uso y la divulgación de esta información.

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

Podemos usar y divulgar información médica para los siguientes fines:

- **Para tratamiento.** Podemos usar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, empleados u otro personal que participe en el cuidado de usted y de su salud.

Por ejemplo, su médico puede estar dándole tratamiento por una enfermedad cardíaca y puede necesitar saber si tiene otros problemas de salud que podrían complicar su tratamiento. El médico puede usar su historial médico para decidir qué tratamiento es el mejor para usted. El médico también puede informar a otro médico sobre su enfermedad para que este pueda ayudar a determinar la atención más adecuada para usted.

Es posible que diferentes miembros del personal de nuestra organización compartan información sobre usted y la divulguen a personas que no trabajan para Frontier Dermatology con el fin de coordinar su atención, como, por ejemplo, enviar recetas por teléfono a la farmacia, programar pruebas de laboratorio y solicitar radiografías. Los familiares y otros proveedores de atención médica pueden formar parte de su atención médica fuera de este consultorio y pueden requerir información sobre usted que nosotros tengamos. Le solicitaremos su permiso antes de compartir información médica con sus familiares o amigos, a menos que usted no pueda dar su autorización a esta divulgación debido a su estado de salud.

- **Para el pago.** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para que el tratamiento y los servicios que recibe en Frontier Dermatology puedan facturarse y cobrarse a usted, a una compañía de seguros o a un tercero.

Por ejemplo, es posible que necesitemos dar información a su plan de salud sobre un servicio que haya recibido aquí para que su plan de salud nos pague o le reembolse a usted el servicio. También podríamos informar a su plan de salud sobre un tratamiento que vaya a recibir para obtener la aprobación previa o para determinar si su plan pagará el tratamiento.

- **Para operaciones de atención médica.** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para el funcionamiento de Frontier Dermatology y para asegurarnos de que usted y el resto de nuestros pacientes reciben una atención de calidad.

Por ejemplo, podemos usar su información médica para evaluar el rendimiento de nuestro personal al atenderlo. También podemos usar información médica sobre todos o muchos de nuestros pacientes para ayudarnos a decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, cómo podemos ser más eficientes o si ciertos tratamientos nuevos son eficaces.

También podemos divulgar su información médica a los planes de salud que le proporcionan cobertura de seguro y a otros proveedores de atención médica que lo atienden. La divulgación que hagamos de su información médica a planes y otros proveedores puede deberse

al propósito de ayudar a estos planes y proveedores a proporcionar o mejorar la atención, reducir costos, coordinar y administrar la atención médica y los servicios, capacitar al personal y cumplir con la ley.

### **SITUACIONES ESPECIALES**

Podemos usar o divulgar información médica sobre usted para los siguientes fines, siempre que se cumplan todos los requisitos y limitaciones legales aplicables:

- **Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad.** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted cuando sea necesario para evitar una amenaza grave para su salud y seguridad o para la salud y seguridad pública o de otra persona.
- **Por disposición legal.** Divulgaremos información médica sobre usted cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales.
- **Investigación.** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para proyectos de investigación sujetos a un proceso de aprobación especial. Le pediremos su permiso si el investigador va a tener acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quién es usted, o si va a participar en su atención en el consultorio.
- **Donación de órganos y tejidos.** Si usted es donante de órganos, podemos divulgar información médica a organizaciones que se ocupan de la obtención de órganos o del trasplante de órganos, córneas o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar esta donación y trasplante.
- **Militares, veteranos, Seguridad nacional e Inteligencia.** Si usted es o ha sido miembro de las fuerzas armadas, o forma parte de las comunidades de seguridad nacional o de inteligencia, es posible que el mando militar u otras autoridades gubernamentales nos exijan divulgar información médica sobre usted. También podemos divulgar información sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.
- **Indemnización laboral.** Podemos divulgar información médica sobre usted para programas de indemnización laboral o similares. Estos programas ofrecen prestaciones por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Riesgos para la salud pública.** Podemos divulgar información médica sobre usted por motivos de salud pública con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, o informar sobre nacimientos, fallecimientos, sospechas de abuso o negligencia, lesiones físicas no accidentales, reacciones a medicamentos o problemas con productos.
- **Actividades de supervisión médica.** Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión médica con fines de auditorías, investigaciones, inspecciones o concesión de licencias. Estas divulgaciones pueden ser necesarias para que ciertas agencias estatales y federales monitoreen el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- **Demandas y disputas.** Si está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. Respetando todos los requisitos legales aplicables, también podremos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una citación judicial.
- **Cumplimiento de la ley.** Podremos divulgar información médica si así nos lo solicita un agente de la ley en cumplimiento de una orden judicial, una citación, una orden de comparecencia o un proceso similar, con sujeción a todos los requisitos legales aplicables.
- **Médicos forenses, peritos médicos y directores de funerarias.** Podemos revelar información médica a un médico forense o a un perito médico. Por ejemplo, puede ser necesario para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de su muerte.
- **Información no identificable personalmente.** Podemos usar o divulgar información médica sobre usted de forma que no lo identifique personalmente ni revele quién es.
- **Familiares y amigos.** Podemos divulgar información médica sobre usted a sus familiares o amigos si obtenemos su acuerdo verbal para hacerlo o si le damos la oportunidad de oponerse a esta divulgación y usted no presenta ninguna objeción. También podemos divulgar información médica a sus familiares o amigos si podemos deducir de las circunstancias, basándonos en nuestro criterio profesional, que usted no se opondría. Por ejemplo, podemos suponer que está de acuerdo con que divulguemos su información médica personal a su cónyuge cuando traiga a su cónyuge con usted a la sala de examen o al hospital durante el tratamiento o mientras se analiza este.

Ante situaciones en las que usted no sea capaz de dar su consentimiento (porque no esté presente o debido a su incapacidad o por emergencia médica), podremos, usando nuestro criterio profesional, determinar que lo mejor para usted conlleva divulgar información a un miembro de su familia o a un amigo. En esa situación, solo revelaremos información médica relevante para la participación de esa persona en su atención médica. Por ejemplo, podemos informar a la persona que le acompañó a urgencias de que sufrió un infarto y darle información actualizada sobre su evolución y pronóstico. También podemos usar nuestro juicio profesional y experiencia para hacer inferencias razonables de que lo mejor para usted es permitir que otra persona actúe en su nombre para recoger, por ejemplo, recetas surtidas, suministros médicos o radiografías.

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

No usaremos ni divulgaremos su información médica para fines distintos de los identificados en las secciones anteriores sin su *Autorización* específica y por escrito.

Si nos da su *Autorización* para usar o divulgar su información médica, puede revocar esta *Autorización*, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su *Autorización*, dejaremos de usar o divulgar su información por los motivos contemplados en su *Autorización* escrita, pero no podremos retirar ningún uso o divulgación ya realizados con su permiso.

En algunos casos, es posible que necesitemos una autorización específica y por escrito de su parte para divulgar ciertos tipos de información especialmente protegida, como la información sobre abuso de sustancias, para fines tales como tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

## **SUS DERECHOS RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED**

Usted tiene los siguientes derechos en relación con la información médica que conservamos sobre usted:

- **Derecho de inspección y copia.** Tiene el derecho a inspeccionar y copiar su información médica, como sus registros médicos y de facturación, que conservamos y usamos para tomar decisiones sobre su atención. Debe presentar una solicitud por escrito para poder inspeccionar o copiar los registros de su información médica. Si solicita una copia de la información, podemos cobrarle una cuota por los costos de copiado, envío por correo u otros suministros asociados. Le notificaremos el costo correspondiente y usted podrá elegir retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en ningún costo. Una solicitud modificada puede incluir solicitar un resumen de su registro médico.

Si solicita ver una copia de su información médica, no le cobraremos por inspeccionar su información médica. Si quiere inspeccionar su información médica, presente su solicitud por escrito.

Tiene derecho a solicitar una copia de su información médica en formato electrónico si la almacenamos electrónicamente.

Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y/o copiar su registro o partes de este en determinadas circunstancias limitadas. Si le deniegan copias o acceso a la información médica que mantenemos sobre usted, puede solicitar que se revise nuestra negativa. Si la ley le otorga el derecho a que se revise nuestra negativa, seleccionaremos a un profesional de atención médica autorizado para que revise su solicitud y nuestra negativa. La persona que lleve a cabo la revisión no será la persona que denegó su solicitud, y acataremos el resultado de la revisión.

- **Derecho de enmienda.** Si cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que la enmendemos. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras Frontier Dermatology conserve la información.

Para solicitar una enmienda, llene y envíe un FORMULARIO DE ENMIENDA/CORRECCIÓN DE REGISTROS MÉDICOS. Podemos denegar su solicitud de enmienda si su solicitud no se presenta por escrito o no incluye una razón que apoye la solicitud. Además, podemos denegar de forma general o parcialmente su solicitud si nos pide que modifiquemos información que:

- No hayamos creado nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la enmienda.
- No forma parte de la información médica que conservamos.
- No se le permita inspeccionar y copiar.
- Es exacta y esté completa.

Si denegamos total o parcialmente su solicitud de enmienda, tiene derecho a presentar una réplica y solicitar que la refutación forme parte de su registro médico. Su réplica debe tener (*número*) de páginas de extensión o menos y tenemos derecho a presentar en su registro médico una réplica que responda a la suya. También tiene derecho a solicitar que todos los documentos asociados a la solicitud de enmienda (incluida la réplica) se transmitan a cualquier otra persona en el momento en que esa porción del registro médico sea divulgada.

- **Derecho a un informe de divulgaciones.** Tiene derecho a solicitar un "informe de divulgaciones". Se trata de una lista de las divulgaciones que hemos realizado de su información médica con fines distintos al tratamiento, pago, operaciones de atención médica, cuando usted lo autorice específicamente y un número limitado de circunstancias especiales relacionadas con la seguridad nacional, instituciones penitenciarias y cumplimiento de la ley.

Para obtener esta lista, debe presentar su solicitud por escrito. Deberá indicar un periodo de tiempo, que no podrá ser superior a seis años. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, impresa o en formato electrónico). La primera lista que solicite en un periodo de 12 meses será gratuita. En el caso de listas adicionales, podremos cobrarle los costos de proporcionarle la lista. Le notificaremos el costo correspondiente y usted podrá elegir retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en ningún costo.

- **Derecho a solicitar restricciones.** Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar que se limite la información médica que divulguemos sobre usted a alguien que participe en su atención médica o en el pago de esta, como un familiar o amigo. Por ejemplo, puede pedirnos que no usemos ni divulguemos información sobre una intervención quirúrgica a la que se haya sometido. *No estamos obligados a acceder a su solicitud.* Si accedemos, cumpliremos su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de urgencia, o que la ley nos obligue a usar o divulgar la información. *Estamos obligados a acceder a su solicitud* si usted paga el tratamiento, los servicios, los suministros y las recetas "de su bolsillo" y solicita que la información no se comunique a su plan de salud con fines de pago o de operaciones de atención médica. Puede haber casos en los que estemos obligados a divulgar esta información si así lo exige la ley. Para solicitar restricciones, puede llenar y enviar la SOLICITUD DE RESTRICCIÓN EN EL USO/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA.



- **Derecho a solicitar confidencialidad en la comunicación.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una determinada manera o en un determinado lugar. Por ejemplo, puede solicitar que sólo nos pongamos en contacto con usted en el trabajo o por correo.

Para solicitar confidencialidad en la comunicación, puede llenar y enviar la SOLICITUD DE RESTRICCIONES EN EL USO/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA Y/O COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Atenderemos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos pongamos en contacto con usted.

- **Derecho a una copia impresa de esta notificación.** Tiene derecho a recibir una copia impresa de esta notificación. Puede solicitarnos que le entreguemos una copia de esta notificación en cualquier momento. Aunque haya aceptado recibirla electrónicamente, sigue teniendo derecho a una copia impresa. También *puede encontrar una copia de esta notificación en nuestra página web: [www.frontierdermatology.com](http://www.frontierdermatology.com)*

### **CAMBIOS EN ESTA NOTIFICACIÓN**

Nos reservamos el derecho a modificar esta notificación y a hacer efectiva la notificación revisada o modificada para la información médica que ya tengamos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro.

Publicaremos la notificación actual en nuestro(s) centro(s) con su fecha de entrada en vigor en el encabezado superior. Tiene derecho a recibir una copia de la notificación actualmente en vigor.

Le informaremos de cualquier cambio significativo en esta notificación. Puede ser a través de nuestro boletín de noticias, un letrero bien visible en nuestro(s) establecimiento(s), una notificación publicada en nuestro sitio web o por otros medios de comunicación.

### **VULNERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Le informaremos si se produce una vulneración de su información médica no protegida.

### **QUEJAS**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una denuncia en nuestra oficina o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos en:

Office for Civil Rights Region X-Seattle (Alaska, Idaho, Oregon Washington)  
Linda Yuu Connor, administradora regional  
Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
2201 Sixth Avenue - M/S: RX-11 Seattle, WA 98121-1831

Para presentar una denuncia ante Frontier Dermatology, póngase en contacto con:

Haley Mansur  
Administradora de Cumplimiento y responsable de Privacidad  
Dirección postal:  
1793 13<sup>th</sup> ST SE  
Salem, OR 97302

Teléfono: 971-888-7904 o 866-599-3376  
Fax: 503-362-8435  
Correo electrónico: [compliance@frontierdermpartners.com](mailto:compliance@frontierdermpartners.com)

También puede comunicarnos sus inquietudes en materia de privacidad de forma segura y anónima a través de Safe Hotline.

Llamada o mensaje de texto:  
1-855-622-SAFE  
(1-855-662-7233)

En línea:  
SAFEHOTLINE.COM

Código de empresa (obligatorio):  
0777756263

***No será penalizado por enviar una queja.***