



# **Aviso de prácticas de privacidad de los Centros de Salud del condado de Clackamas Salud conductual especializada**

*Entrada en vigencia 9/1/2024*

**Este aviso es complementario al Aviso de prácticas de privacidad del condado de Clackamas.**

En este aviso se describe lo siguiente:

- **CÓMO SE PODRÍA UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD.**
- **SUS DERECHOS RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD.**
- **CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE UNA INFRACCIÓN DE LA PRIVACIDAD O SEGURIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD, O SOBRE SUS DERECHOS RESPECTO A SU INFORMACIÓN.**

**TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTE AVISO (IMPRESA O EN FORMATO ELECTRÓNICO) Y A ANALIZARLO CON EL GERENTE DE PRIVACIDAD DE LOS CENTROS DE SALUD DE CLACKAMAS AL (503) 650-3195, O POR CORREO ELECTRÓNICO A [HIPAA-Privacy@clackamas.us](mailto:HIPAA-Privacy@clackamas.us), SI TIENE ALGUNA PREGUNTA.**

**LEA ESTE AVISO CON ATENCIÓN.**

La ley federal protege la confidencialidad de los registros de trastornos por consumo de sustancias, registros de trastornos por consumo de alcohol y otra información protegida por 42 CFR Parte 2. En el presente, estos registros son denominados su “registro” o sus “registros”.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea presentar una solicitud respecto a sus derechos como se describe en el presente, comuníquese con:

**Clackamas Health Centers  
Privacy Manager**

2051 Kaen Road Suite 367  
Oregon City, OR 97045  
(503) 650-3195

[HIPAA-Privacy@clackamas.us](mailto:HIPAA-Privacy@clackamas.us)

**Usos y divulgaciones de sus registros de salud**

Podremos usar y divulgar sus registros de conformidad con su consentimiento escrito. Generalmente solicitamos que los pacientes brinden su consentimiento de divulgación para todos los futuros usos o divulgaciones con fines de tratamiento, pagos y operaciones de atención médica. Por ejemplo, si brinda su consentimiento de divulgación para fines de pagos, podríamos brindar información sobre sus registros a su plan del seguro de salud para que pague por sus servicios.

Podrá firmar un único consentimiento para todos los usos y divulgaciones futuros con fines de tratamiento, pagos y operaciones de atención médica.

Los registros que se divulguen a un programa de la Parte 2, entidad cubierta o socio comercial en virtud de su consentimiento escrito para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica también podrán ser divulgados por dicho programa de la Parte 2, entidad cubierta o socio comercial sin su consentimiento escrito, en la medida en que las reglamentaciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) lo permitan.

Sus registros del programa de la Parte 2 solo podrán ser divulgados sin su consentimiento (permiso) en la medida permitida por las siguientes subsecciones de 42 CFR Parte 2:

**2.51 para emergencias médicas,**

**2.52 en la medida limitada permitida para investigación científica**

**2.53 auditorías de gestión, auditorías financieras y evaluaciones del programa,**

**2.54 divulgaciones por cuestiones de salud pública**

**2.61 de conformidad con una orden judicial emitida en virtud de dicha subparte de las reglamentaciones.**

Los registros o testimonios que se basen en el contenido de dichos registros no serán utilizados ni divulgados en ningún procedimiento civil, administrativo, penal o legislativo en su contra, a menos que se basen en un consentimiento escrito específico u orden judicial.

Los registros solo se utilizarán o divulgarán en virtud de una orden judicial luego de que se le dé un aviso y la oportunidad de ser escuchado a usted o al titular del registro, en los casos en los que lo requieran el Título 42 del Código de los Estados Unidos 290dd-2 y 42 C.F.R. Parte 2.

Una orden judicial que autorice el uso o la divulgación debe estar acompañada de una citación u otro mandato legal similar en el que se ordene la divulgación antes de que el registro se utilice o divulgue.

No se usará ni divulgará información del programa de la Parte 2 no descrita en este aviso sin su consentimiento escrito.

## **Sus derechos**

Usted tiene los siguientes derechos en relación con sus registros, que podrá ejercerlos tras comunicarse con el gerente de privacidad de su área de servicio:

### **Derecho a solicitar restricciones de divulgaciones**

Tiene derecho a solicitar restricciones de divulgaciones realizadas con consentimiento previo para los fines de tratamiento, pagos y operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar una restricción, salvo en los siguientes casos: Debemos aceptar una solicitud de restringir la divulgación de su información a un plan de salud si (1) la divulgación es con fines de realizar operaciones de pagos o atención médica y no está exigida por ley; y (2) el registro trata únicamente sobre un artículo o servicio de atención médica que usted pagó en su totalidad.

Tiene derecho a solicitar y obtener restricciones de divulgación de registros en virtud de 42 CFR Parte 2 a su plan de salud por los servicios que usted pagó en su totalidad, del mismo modo que 45 CFR 164.522 se aplica a las divulgaciones de información de salud protegida.

### **Derecho a revocar el consentimiento escrito**

Tiene derecho a revocar el consentimiento escrito, salvo en la medida en que el condado u otro titular legal de sus registros tuviera permitido hacer una divulgación y ya hubiese actuado en virtud de ello.

### **Derecho a un listado de divulgaciones**

Tiene derecho a recibir un listado de las divulgaciones de los registros electrónicos realizadas de conformidad con 42 CFR Parte 2 durante los últimos 3 años. Respecto al listado de las divulgaciones para tratamiento, pagos y operaciones de atención médica, proporcionaremos dicho listado solo cuando las divulgaciones se hubiesen hecho a través de un registro de salud electrónico durante los 3 años anteriores a la fecha en que se solicita el listado.

Tiene derecho a obtener un listado de las divulgaciones que cumpla con los requisitos de 45 CFR 164.528(a)(2) y (b) a (d) para todas las demás divulgaciones realizadas con consentimiento.

### **Derecho a recibir una copia impresa o electrónica de este aviso**

Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede solicitarnos que le entreguemos una copia de este aviso en cualquier momento. Habrá copias de este aviso disponibles en las ubicaciones a las que acuda para recibir tratamiento, así como

en el sitio web del condado de Clackamas. Este aviso podrá estar disponible en otros idiomas y formatos alternativos.

### **Derecho a un listado de divulgaciones a través de un intermediario**

Tiene derecho a un listado de divulgaciones a través de un intermediario durante los últimos 3 años.

### **Derecho a conversar con la persona de contacto designada**

Tiene derecho a conversar sobre este aviso con las personas designadas más arriba.

### **Derecho a elegir no recibir comunicaciones sobre recaudación de fondos**

No utilizamos su información con fines o comunicaciones de recaudación de fondos.

### **Nuestras responsabilidades**

La ley nos exige mantener la privacidad de sus registros de la Parte 2, entregarles a los pacientes un aviso de nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad en relación con los registros, y notificar a los pacientes afectados tras una violación de registros no asegurados. Debemos regirnos según los términos del aviso actualmente vigente.

Nos reservamos el derecho a modificar los términos de este aviso y a implementar las disposiciones de los nuevos avisos para los registros que conservemos. En caso de que se haga alguna modificación, se publicará una copia del nuevo aviso en áreas públicas a las que acuda para recibir tratamiento y en nuestro sitio web público. También estará a su disposición si lo solicita.

### **Preguntas y quejas**

Tiene derecho a conversar sobre este aviso de prácticas de privacidad con el gerente de Privacidad de la División de su área. Si considera que el condado de Clackamas no cumplió la ley respecto a sus derechos de privacidad, puede presentar una queja.

Puede presentar una queja en línea en

<https://secure.ethicspoint.com/domain/media/en/gui/10930/index.html>. También puede presentar una queja enviándola a [hipaa-privacy@clackamas.us](mailto:hipaa-privacy@clackamas.us). Además, puede presentarla ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

***No sufrirá represalias por presentar una queja.***

***Para obtener más información sobre las áreas que abarca la HIPAA, visite***

***<https://www.clackamas.us/hipaa..>***