

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 call Project Access NOW at 503 345 6553.

WHO WILL FOLLOW THIS NOTICE

This notice describes the information privacy practices followed by our employees, staff, volunteers and other office personnel.

The HIPAA Privacy Rule requires Project Access NOW make available a Notice of Privacy Practices to all patients and clients. This is Project Access NOW's formal Notice. The purpose of the Notice is to inform you of your privacy rights, Project Access NOW's privacy policies and practices and how Project Access NOW may use and share your health information.

Project Access NOW has the right to change the Notice at any time. If any significant changes are made to the Notice, Project Access NOW will notify patients and clients that changes have been made to the Notice. Notice of changes may include an update in a Project Access NOW newsletter or a posted announcement on Project Access NOW's Web site. An electronic copy of this Notice is available to download from Project Access NOW's Web site. Upon request, you are entitled to a paper copy of this Notice.

YOUR HEALTH INFORMATION

This notice applies to the information and records we have about you, your health, health status, and the health care and services you receive from health care professionals affiliated with Project Access NOW. Your health information may include information created and received by this office, may be in the form of written or electronic records or spoken words, and may include information about your health history, health status, symptoms, examinations, test results, diagnoses, treatments, procedures, prescriptions, related billing activity and similar types of health-related 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.

HOW WE MAY USE AND DISCLOSE HEALTH INFORMATION ABOUT YOU

We may use and disclose health information for the following purposes:

- **For Treatment.** We may use health information about you to assist our affiliated health care professionals provide you with medical treatment or services. We may disclose health information about you to doctors, nurses, technicians, office staff or other personnel who are involved in taking care of you and your health.

For example, your doctor may be treating you for a heart condition and may need to know if you have other health problems that could complicate your treatment. The doctor may use your medical history to decide what treatment is best for you. The doctor may also tell another doctor about your condition so that doctor can help determine the most appropriate care for you.

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 coordinating care between affiliated providers, evaluating appropriate treatment necessary for

quality health care for you and scheduling appointments with affiliated health care professionals. 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.

We will request your permission before sharing health information with your family or friends unless you are unable to give permission to such disclosures due to your health condition or availability and in our best judgment sharing your health information is necessary to provide you quality care. You will be given an opportunity to object to such releases at the time you are able and/or available to object to releases of your health information to friends and/or family.

- **For payment.** We may use and disclose health information about you so that the treatment and services you receive from affiliated health care professionals 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 health plan information about a service you received from a Project Access NOW affiliated health care professional so your health plan will pay our affiliated health care professionals 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 pay for the treatment, if applicable.

- **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 affiliated health care professionals in caring for you. We may also use health information about all or many of our patients or clients to help our affiliated health care professionals decide what additional services we should offer and how we can become more efficient.

We may also disclose your health information to health plans that provide you insurance coverage and other health care providers that care for you. Our disclosures of your health information to plans and other providers may be for the purpose of helping these plans and providers provide or improve care, reduce cost, coordinate and manage health care and services, train staff and comply with the law.

- **Appointment Reminders.** We may contact you as a reminder that you have an appointment for treatment or medical care.
- **Treatment Alternatives.** We may tell you about or recommend possible treatment options or alternatives that may be of interest to you. If at any time you do not wish to receive such information, if you provide notice in writing, we will make every effort to work with our affiliated health care professionals not provide such information in the future.
- **Health-Related Products and Services.** We may tell you about health-related products or services that may be of interest.

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, send the request to the address listed in this Notice.

SPECIAL SITUATIONS

We may use or disclose health information about you for the following purposes, subject to all applicable legal requirements and limitations:

- **Substance Abuse Disorder.** Your health information related to substance use disorder (SUD) is protected by federal law under 42 CFR Part 2. This law provides you with extra confidentiality protections. If we receive or maintain information from a Substance Abuse Disorder Program, we may not disclose SUD information for use in a civil, criminal, administrative, or legislative proceeding against you unless we have (i) your written consent, or (ii) a court order accompanied by a subpoena or other legal requirement compelling disclosure and after your opportunity to be heard regarding disclosure. Part 2 information may not be further disclosed by recipients without your consent. If we engage in fundraising and intend to use SUD information, you have the right to opt-out of fundraising communications that use this data.
- **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.
- **Required By Law.** We will disclose health information about you when required to do so by federal, state or local law.
- **Research.** We may use and disclose health information about you for research projects that are subject to a special approval process. We will ask you for your permission if the researcher 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. We will offer you the option of opting out of any research related to genetic studies.
- **Organ and Tissue Donation.** If you are an organ donor, we may release health information to organizations that handle organ procurement or organ, eye or tissue transplantation or to an organ donation bank, as necessary to facilitate such donation and transplantation.
- **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.
- **Workers' Compensation.** We may release health information about you for workers' compensation or similar programs. These programs provide benefits for work-related injuries or illness.
- **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.
- **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.
- **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.
- **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.
- **Coroners, Medical Examiners and Funeral Directors.** We may release health information to a coroner or medical examiner. 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.

- **Family and Friends.** We may disclose health information about you to your family members or friends if 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 or friends if we can infer from the circumstances, based on our professional judgment that you would not object. For example, we may assume you agree to our disclosure of your personal health information to your spouse when you bring your spouse with you into an affiliated health care professional's 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 or our affiliated health care professionals may, using professional judgment, determine that a disclosure to your family member or friend is in your best interest. In that situation, the only health information that will be disclosed will include 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.

- **Marketing and Sale.** We are prohibited from using your health information for marketing purposes without your specific written authorization. We also are prohibited from accepting payment for disclosing your health information with limited exceptions. Exceptions could include required sharing with public health agencies, making a copy of your record for you and research.
- **Fund Raising.** We may use your name and demographic information to conduct fund raising activities. We are required to offer you the opportunity to opt out of any these activities and honor your opt out decision.
- **Breach Notification.** In the case of a breach of unsecured protected health information, we will notify you as required by law. If you have provided us with a current email address, we may use email to communicate information related to the breach. In some circumstances our business associate may provide the notification. We may also provide notification by other methods as appropriate. [Note: Only use email notification if you are certain it will not contain PHI and it will not disclose inappropriate information.]

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. If you give us Authorization to use or disclose health information about you, you may revoke that Authorization, **in writing**, at any time. 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.

In some instances, we may need specific, written authorization from you in order to disclose certain types of specially-protected information such as HIV, substance abuse, mental health, and genetic testing information for purposes such as treatment, payment and healthcare operations.

YOUR RIGHTS REGARDING HEALTH INFORMATION ABOUT YOU

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

1. **Right to Inspect and Copy.** You have the right to inspect and copy your health information, such as medical and billing records, that we keep and use to make decisions about your care or referral to affiliated health care professionals. You must submit a written request to Janet Hamilton in order to inspect and/or copy records of your health information. If you request a copy of the information, we may charge a fee for the costs of copying and mailing. If your health

information is stored electronically, you may request an electronic copy of any health information we and/or our affiliated health care professionals store about you. We may charge for the cost of labor to prepare the electronic copy.

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. A modified request may include requesting a summary of your medical record.

We may deny your request to inspect and/or copy your record or parts of your record in certain limited circumstances. If you are denied copies of or access to, health information that we keep about you, you may ask that our denial be reviewed. If the law gives you a right to have our denial reviewed, we will select a licensed health care professional to review your request and our denial. The person conducting the review will not be the person who denied your request, and we will comply with the outcome of the review.

2. **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 this office.

To request an amendment, complete and submit a MEDICAL RECORD AMENDMENT/CORRECTION FORM to Project Access NOW, 650 NE Holladay St #1700, Portland, OR 97232 or fax to 503.345.6553.

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

- We did not create, unless the person or entity that created the information is no longer available to make the amendment
- Is not part of the health information that we keep
- You would not be permitted to inspect and copy
- Is accurate and complete

If we deny or partially deny your request for amendment, you have the right to submit a rebuttal and request the rebuttal be made a part of your medical record. Your rebuttal needs to be 2 pages in length or less and we have the right to file a rebuttal responding to yours in your medical record. You also have the right to request that all documents associated with the amendment request (including rebuttal) be transmitted to any other party any time that portion of the medical record is disclosed.

3. **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, health care operations, when you specifically authorize release and a limited number of special circumstances involving national security, correctional institutions and law enforcement. The list will also exclude any disclosures we have made based on your written authorization.

To obtain this list, you must submit your request **in writing** to Project Access NOW, 650 NE Holladay St #1700, Portland, OR 97232 or fax to 503.345.6553. It must state a time period, which may not be longer than six years. Your request should indicate in what form you want the list (for example, on paper, electronically). The first list you request within a 12-month period will be free. For additional lists, we may charge you for the costs of providing 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.

4. **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, like a family member or friend. For example, you could ask that we not use or disclose information about a surgery you had.

We are generally not required to agree to your request. We are required to honor your request if you pay for health care services and supplies "out of pocket" and you request we not share your health information related to any services and supplies you pay for "out of pocket" to your health plan for payment and health care operations. If we do agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide you emergency treatment or we are required by law to use or disclose the information.

To request restrictions, you may complete and submit the REQUEST FOR RESTRICTION ON USE/DISCLOSURE OF MEDICAL INFORMATION to Project Access NOW, 650 NE Holladay St #1700, Portland, OR 97232 or fax to 503.345.6553.

5. **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 Project Access NOW, 650 NE Holladay St #1700, Portland, OR 97232 or fax to 503.345.6553. We will not ask you the reason for your request. We will accommodate all reasonable requests. Your request must specify how or where you wish to be contacted.

6. **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. [You may also find a copy of this Notice on our web site.]

To obtain such a copy, contact Project Access NOW at 650 NE Holladay St #1700, Portland, OR 97232 or call or fax 503.345.6553.

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 the current notice [optional: or 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.

We will inform you of any significant changes to this Notice. This may be through our provider newsletter, a sign prominently posted in our office, a notice posted on our web site or other means of communication.

COMPLAINTS

You will not be penalized for filing a complaint. If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with Project Access NOW at 650 NE Holladay St #1700, Portland, OR 97232 or fax to 503.345.6553 or with the Secretary of the Department of Health and Human Services at:

Office for Civil Rights Region X
U.S. Department of Health & Human Services
2201 Sixth Avenue - Mail Stop RX-11
Seattle, WA 98121
206.615.2290 (voice)
206.615.2296 (TDD)
206.615.2297 (fax)

Esta notificación describe cómo la información médica puede ser usada y divulgada y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor, léala con cuidado.

Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso, por favor llame a Project Access NOW al 503 345 6553.

QUIÉNES DEBEN CUMPLIR CON ESTA NOTIFICACION

Esta notificación describe las Prácticas de Privacidad de información utilizada por nuestros empleados, personal, voluntarios y demás personal de oficina.

La Regla de Privacidad HIPAA requiere que Project Access NOW ponga a disposición una Notificación de Prácticas de Privacidad a todos los pacientes y clientes. Esta es la Notificación formal de Project Access. El propósito de esta Notificación es para informarle de sus derechos de privacidad, de las políticas y prácticas de privacidad de Project Access NOW y de cómo Project Access NOW puede usar y compartir su información de salud.

Project Access NOW tiene el derecho a modificar esta Notificación en cualquier momento. Si algún cambio se realiza a esta Notificación, Project Access NOW notificará a los pacientes y los clientes que se han realizado cambios a la Notificación. Notificación de cambios pueden incluir una actualización del boletín de noticias de Project Access NOW o un anuncio publicado en el sitio de web de Project Access NOW. Una copia electrónica de esta Notificación estará disponible para su descarga desde el sitio de web de Project Access NOW. Usted tiene derecho a una copia impresa de esta Notificación si así lo requiere.

INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Esta Notificación se aplica a la información y los registros que tenemos sobre usted, su salud, estado de salud y el cuidado de salud y los servicios que reciben de los profesionales de la salud afiliados a Project Access NOW. Su información de salud puede incluir información creada y recibida por esta oficina, puede ser en forma de registros escritos, electrónicos o de palabras habladas, y puede incluir información sobre su historia clínica, el estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas, actividad relacionada con la facturación e información relacionada con su salud.

Por ley estamos obligados a proveerle esta Notificación. Le informará sobre las maneras en que podemos utilizar y revelar información médica acerca de usted y describe sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de dicha información.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Podemos utilizar y divulgar información de salud para los siguientes propósitos:

- **Para el tratamiento.** Podemos utilizar la información sobre su salud para ayudar a nuestros profesionales afiliados a ofrecerle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar información sobre su salud a médicos, enfermeras, técnicos, personal de oficina u otro personal que participe en el cuidado de usted y su salud.

Por ejemplo, su médico puede que lo este tratando por una condición de su corazón y puede necesitar saber si usted tiene otros problemas de salud que pudieran complicar su tratamiento. Su doctor puede utilizar su historial médico para decidir qué tratamiento es mejor para usted. El doctor también puede comentar a otro doctor sobre su condición, para que este doctor pueda ayudar a determinar el cuidado más apropiado para usted.

Personal diferente en nuestra oficina puede compartir información acerca de usted y divulgarla a personas que no trabajan en nuestra oficina con el fin de coordinar su atención médica, tal como la coordinación de atención entre los proveedores afiliados, evaluar el

tratamiento necesario para la adecuada atención médica para usted y para la programación de citas con afiliados profesionales de la salud. Miembros de la familia y otros profesionales de salud puede ser parte de su atención médica fuera de esta oficina y pueden requerir información que tenemos sobre usted.

Solicitaremos su permiso antes de compartir información de salud con su familia o amigos, a menos que usted este incapacitado de dar su permiso ha dicha divulgación, debido a su condición de salud o de disponibilidad y que a nuestro mejor juicio, el compartir su información de salud sea necesario para proporcionarle atención medica de calidad. Se le dará la oportunidad de oponerse a tales divulgaciones en el momento en que este disponible o capacitado para oponerse a la liberación de su información de salud a sus amigos y familiares.

- **Para pago.** Podemos utilizar y divulgar información sobre su salud para que el tratamiento y los servicios que recibe de afiliados profesionales puedan ser facturados y el pago recolectado de usted, una compañía de seguros o una tercera persona. Por ejemplo, es posible que necesitemos proporcionar información sobre su plan de salud que haya recibido de un afiliado profesional de Project Access NOW, para que su plan pague por la asistencia medica recibida por nuestros afiliados o le reembolse a usted por el servicio. También podemos informar a su plan de salud, sobre un tratamiento que usted recibirá con el fin de obtener previa aprobación o para determinar si su plan pagara por el tratamiento, si aplica.

- **Para operaciones de atención médica.** Podemos utilizar y divulgar información sobre su salud con el fin de asegurarnos de que usted y los demás pacientes reciban atención de calidad en nuestras oficinas. Por ejemplo, podemos usar su información de salud para evaluar el desempeño de nuestros profesionales afiliados de salud que cuidan de usted. También podemos utilizar la información de salud sobre varios o todos nuestros pacientes o clientes para ayudar a nuestros profesionales afiliados a decidir qué servicios adicionales deberíamos ofrecer con el fin de ser más eficientes.

También podemos compartir su información medico con planes de salud que ofrezcan cobertura de seguro medico u otros proveedores de cuidado que velan por usted. Nuestras divulgaciones de su información de salud a planes de cuidado y otros proveedores pueden ser con el propósito de ayudar a estos planes y los proveedores a proporcionar o mejorar la atención, reducir los costos, coordinar y administrar la atención médica y servicios, capacitar al personal y cumplir con la ley.

- **Recordatorios de citas.** Podemos comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita para tratamiento o atención médica.
- **Tratamientos Alternativos.** Podemos informarle o recomendarle sobre posibles opciones o tratamientos alternativos que puedan ser de su interés. Si en algún momento usted no desea recibir dicha información, y nos envía por escrito su deseo de no recibir dicha información, haremos todo lo posible para trabajar con nuestros profesionales afiliados para no proporcionar dicha información en el futuro.
- **Productos y Servicios Relacionados con la Salud.** Le podremos informar acerca de productos o servicios relacionados la salud que puedan ser de su interés.

Por favor indíquenos por escrito a la dirección que aparece en esta no-

tificación, si usted no desea ser contactado para recordatorios de citas, tratamientos alternativos o con productos y servicios relacionados con la salud.

SITUACIONES ESPECIALES

Podremos utilizar o divulgar información médica acerca de usted para los siguientes propósitos, sujeto a todos los requisitos legales y limitantes:

- **Trastorno por Abuso de Sustancias.** Su información médica relacionada con el trastorno por abuso de sustancias (SUD) está protegida por la ley federal bajo el Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Parte 2. Esta ley le brinda protección adicional de confidencialidad. Si recibimos o conservamos información de un Programa de Trastorno por Abuso de Sustancias, no podremos divulgar dicha información para su uso en un procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra, a menos que contemos con (i) su consentimiento por escrito, o (ii) una orden judicial acompañada de una citación u otro requerimiento legal que obligue a la divulgación, y después de que usted haya tenido la oportunidad de ser escuchado con respecto a la divulgación. La información de la Parte 2 no podrá ser divulgada por los destinatarios sin su consentimiento. Si participamos en una recaudación de fondos y pretendemos utilizar la información sobre SUD, usted tiene derecho a optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos que utilicen estos datos.
- **Para evitar una amenaza seria a la salud o seguridad.** Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave de su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público u otra persona.
- **Requerido por la ley.** Podremos compartir su información médica cuando sea requerido por ley federal, estatal o local.
- **Investigación.** Podremos utilizar y divulgar información sobre su salud para proyectos de investigación que están sujetos a un proceso especial de aprobación. Su previa aprobación será necesaria si el investigador tendrá acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quién es usted, o de quién participará de su atención en la oficina. Se le ofrecerá la opción de quedar fuera de cualquier investigación relacionada con estudios genéticos.
- **Donación de Órganos y Tejidos.** Si usted es un donante de órganos, podremos divulgar información médica a organizaciones que encargadas de la adquisición de órganos, ojos o tejidos, o un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de tales.
- **Seguridad Nacional, Milicia, Veteranos e Inteligencia.** Si usted es o fue miembro de las fuerzas armadas, parte de la seguridad nacional de inteligencia, puede que seamos requeridos por el mando militar u otras autoridades gubernamentales a divulgar información sobre su salud. También podremos revelar información acerca de personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras apropiadas.
- **Compensación de Trabajadores.** Podremos revelar información médica sobre usted para la compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proveen beneficios para lesiones o enfermedad relacionadas al trabajo.
- **Riesgos de salud pública.** Podremos revelar información sobre su salud por razones de salud pública con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; nacimientos, fallecimientos, abuso o negligencia, lesiones físicas no accidentales, reacciones a medicamentos o problemas con productos.
- **Actividades de supervisión de salud.** Podremos revelar información de salud a agencias de supervisión para auditorías, investigaciones, inspecciones, o para fines de concesión de licencias. Estas divulgaciones pueden ser necesarias para ciertas agencias estatales y federales para controlar el sistema de salud, programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- **Demandas y disputas.** Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podremos divulgar información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. Sujeto a los requisitos legales aplicables, también podremos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una citación.
- **Aplicación de la Ley.** Podremos revelar información médica si es requerido por un agente de la ley en respuesta a una orden judicial, citación, citación o proceso similar, sujeto a los requisitos legales aplicables.
- **Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias.** Podremos revelar información médica a un forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte.

• **Información personal no identificable.** Podremos usar o divulgar información médica acerca de usted de manera que no le identifique personalmente o revele quien es usted.

• **Familiares y amigos.** Podremos revelar información sobre su salud a miembros de su familia o amigos si obtenemos su acuerdo verbal para hacerlo o si le damos la oportunidad de objetar a tal divulgación y usted no se opone. También podremos revelar información de salud a su familia o amigos si podemos deducir de las circunstancias y con base a nuestro juicio profesional de que no se opondría. Por ejemplo, podremos suponer que usted está de acuerdo con la divulgación de su información personal de salud a su cónyuge cuando lleva a su cónyuge con usted a una sala de examen de un profesional afiliado de salud durante el tratamiento o cuando el tratamiento se discute.

En situaciones en las que no sea capaz de dar su consentimiento (ya que no está presente o debido a su incapacidad o emergencia médica), nosotros o nuestros afiliados profesionales de salud podrán, usar su criterio profesional, determinar que la divulgación de información a un familiar o amigo es de su mejor interés. En esa situación, la información de salud a ser divulgada será para las personas involucradas en su cuidado únicamente. Por ejemplo, podremos informar a la persona que lo acompañó a la sala de emergencias que usted sufrió un ataque al corazón y proporcionar información actualizada sobre el progreso y el pronóstico. También podremos usar nuestro juicio profesional y la experiencia para hacer inferencias razonables de que es de su mejor interés de permitir que otra persona actúe en su nombre para recoger, por ejemplo, recetas, equipos médicos, o radiografías.

• **Marketing y Ventas.** Se prohíbe la utilización de su información de salud para fines de mercadeo sin su autorización previa por escrito. También está prohibido aceptar pago por la divulgación de su información de salud con excepciones limitadas. Tales excepciones podrían incluir el hacer una copia de su registro para el intercambio necesario con los organismos de salud pública y de investigación.

• **Recaudación de Fondos.** Podremos utilizar su nombre e información demográfica para llevar a cabo actividades para la recaudación de fondos. Tenemos la obligación de ofrecerle la opción de no ser incluido en estas actividades y cumplir con su decisión.

• **Notificación de Violaciones.** En caso de una violación de la información médica protegida no segura, le notificaremos según lo exige la ley. Si nos ha proporcionado una dirección de correo electrónico actual, podremos utilizarla para comunicarle información relacionada con la violación. En algunas circunstancias, nuestro socio comercial podrá proporcionar la notificación. También podremos enviar la notificación por otros medios, según corresponda. [Nota: Utilice la notificación por correo electrónico solo si está seguro de que no contendrá PHI ni divulgará información inapropiada.]

OTROS USOS Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

No utilizaremos o divulgaremos su información de salud para cualquier otro propósito que no este identificado en las secciones anteriores sin su previa AUTORIZACION por escrito. Si usted nos da autorización para utilizar o divulgar información sobre su salud, usted puede revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, nosotros no utilizaremos o divulgaremos información sobre usted por las razones cubiertas en su autorización por escrito, pero no podremos recuperar ningún uso o divulgación de información ya hecha con su permiso, mientras la autorización estaba vigente.

En algunos casos, es posible que tengamos que obtener su autorización por escrito con el fin de divulgar ciertos tipos de información especialmente protegida, tal como el VIH, abuso de sustancias, salud mental, y la información de pruebas genéticas para fines tales como el tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

SUS DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN DE SALUD

Usted tiene los siguientes derechos sobre su información médica bajo nuestra posesión:

1. **Derecho a inspeccionar y copiar.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud, tal como registros médicos y de facturación, que mantenemos y usamos para tomar decisiones sobre su cuidado o de referirlo a nuestros profesionales afiliados. Usted debe presentar una solicitud por escrito a Janet Hamilton con el fin de inspeccionar o copiar su registros de salud. Si usted solicita una copia de la información, podremos cobrarle una cuota por el costo de copiar y enviarla por correo. Si su información de salud se almacena

electrónicamente, usted puede solicitar una copia electrónica de cualquier información médica que nosotros o nuestros profesionales afiliados de asistencia médica tengan en su poder. Podremos cobrarle por el costo del tiempo invertido para preparar la copia electrónica.

Nosotros le notificaremos del costo implicado y usted podrá optar por retirar o modificar su petición en ese momento antes de incurrir en costo alguno. Una solicitud modificada, podría incluir un resumen de su expediente médico.

Podremos negar su solicitud de inspeccionar y/o copiar su expediente o partes del mismo en ciertas circunstancias limitadas. Si el acceso a copiar información médica que tenemos sobre usted es negado, usted puede pedir que se revise esta decisión. Si usted tiene el derecho a que nuestra negación sea revisada, seleccionaremos un profesional con licencia para revisar su solicitud y nuestra negativa. La persona que realice la revisión no será la misma persona que negó su petición, y cumpliremos con el resultado de la revisión.

2. Derecho a enmendar o corregir. Si usted cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que enmendemos o corrijamos dicha información. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda mientras la información se encuentre en esta oficina.

Para solicitar una enmienda, complete y envíe el formulario de REGISTRO MEDICO DE ENMIENDA/CORRECCION a Project Access NOW al 650 NE Holladay St #1700, Portland, OR 97232 o por fax al 503.345.6553. Podremos negar su solicitud de enmienda si su petición no es por escrito o no incluye una razón que justifique la enmienda/corrección. Además, podremos negar total o parcialmente su petición si usted nos pide enmendar información que:

- Nosotros no creamos, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no está disponible para hacer la enmienda
- No es parte de la información de salud que mantenemos
- No le sea permitido inspeccionar y copiar
- Es correcta y completa

Si negamos total o parcialmente su solicitud de enmienda, usted tiene derecho a presentar una impugnación y solicitar que la impugnación sea parte de su expediente médico. Su impugnación tendrá que ser de 2 páginas o menos, y tenemos el derecho de presentar una impugnación respondiendo a la suya en su expediente médico. Usted también tiene el derecho de solicitar que todos los documentos relacionados con la solicitud de enmienda (incluyendo la impugnación) se transmitidos a terceros en cualquier momento en que esta parte de su registro clínico sea divulgado.

3. Derecho de contabilidad de divulgaciones. Usted tiene el derecho de solicitar una "contabilidad de divulgaciones." Esta es una lista de las divulgaciones de información médica sobre usted para propósitos distintos al tratamiento, pago, operaciones de cuidado de la salud, cuando ha autorizado la divulgación específica de un número limitado de circunstancias especiales relacionadas a la seguridad nacional, instituciones correccionales y policíacas. La listado excluirá las divulgaciones que hemos hecho basados en su autorización por escrito. Para obtener este listado, usted debe enviar una solicitud por escrito a Project Access NOW al 650 NE Holladay St #1700, Portland, OR 97232 o por fax al 503.345.6553. Dicho listado puede indicar un período de tiempo específico, que no podrá ser superior a seis años. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, en papel o electrónicamente). La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podremos cobrarle por el costo de proveerla. Nosotros le notificaremos previamente del costo implicado y usted podrá optar por retirar o modificar su petición en ese momento antes de incurrir en costo alguno.

4. Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene el derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica que utilizamos o que divulgamos sobre operaciones de tratamiento, pago o atención

médica. Usted también tiene el derecho de solicitar que se limite la información médica que revelamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su cuidado o el pago de la misma, como un familiar o amigo. Por ejemplo, usted podría pedir que no usemos ni revelemos información sobre una cirugía que tuvo.

Generalmente no estamos obligados a aceptar su solicitud. Estamos obligados a cumplir con su solicitud de restricción siempre y cuando usted pague por los servicios de salud y suministros "de su propio bolsillo", y solicite que no compartamos su información de salud relacionados con los servicios, operaciones y suministros que usted pague "de su propio bolsillo". Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia o si estamos obligados por ley a utilizar o divulgar dicha información.

Para solicitar restricciones, usted puede completar y enviar el formulario de SOLICITUD DE RESTRICCION DEL USO/DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA a Project Access NOW al 650 NE Holladay St #1700, Portland, OR 97232 o por fax al 503.345.6553.

5. Derecho a solicitar comunicación confidencial. Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted al trabajo o por correo únicamente.

Para solicitar comunicación confidencial, usted puede completar y enviar el formulario de SOLICITUD DE RESTRICCION DE USO/DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA O DE COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL a Project Access NOW al 650 NE Holladay St #1700, Portland, OR 97232 o por fax al 503.345.6553.

Nosotros no cuestionaremos la razón de su solicitud, por el contrario haremos las acomodaciones razonables para cumplir con su pedido. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

6. Derecho a una copia impresa de esta Notificación. Usted tiene el derecho a una copia impresa de esta notificación. Usted puede solicitar una copia de esta notificación en cualquier momento. Incluso si la ha recibido electrónicamente, usted todavía tiene derecho a una copia en papel. [También puede encontrar una copia de este aviso en nuestro sitio de web.]

Para obtener una copia, comuníquese por escrito con Project Access NOW al 650 NE Holladay St #1700, Portland, OR 97232 o por fax al 503.345.6553.

CAMBIOS A ESTA NOTIFICACION

Nos reservamos el derecho de hacer cambios a esta Notificación y de hacer efectiva dicha Notificación para información médica que ya tenemos sobre usted así como cualquier información que recibamos en el futuro. Nosotros publicaremos la Notificación actual [opcional: o un resumen] en la oficina con fecha de vigencia en la esquina superior derecha. Usted tiene derecho a una copia de la Notificación actualmente en vigencia.

Nosotros le informaremos de cualquier cambio significativo de esta notificación. Esto puede ser a través de nuestro boletín de noticias, en un lugar prominente en nuestra oficina, una nota publicada en nuestro sitio web u otros medios de comunicación.

QUEJAS

Usted no será penalizado por presentar una queja. Si usted cree que sus derechos han sido violados, puede enviar una queja por escrito a Project Access NOW al 650 NE Holladay St #1700, Portland, OR 97232 o por fax al 503.345.6553

o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos a:

Office for Civil Right Region X
U.S. Department of Health & Human Services
2201 Sixth Avenue - Mail Stop RX-11
Seattle, WA 98121
206.615.2290 (voz)
206.615.2296 (TDD)
206.615.2297 (fax)