

## Lea y firme

Al firmar la solicitud, usted declara estar de acuerdo con todas las declaraciones del **Paso 8**.

### Sus derechos y responsabilidades

La información de esta sección enumera las cosas que el Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Oregón y la Autoridad de Salud de Oregón (OHA) se comprometen a hacer por usted, que son sus “derechos”. También enumera las cosas que usted se compromete a hacer cuando solicita o recibe asistencia médica, que son sus “responsabilidades”.

Lea esta información con atención. Puede pedir explicaciones al personal del DHS. Si hay algo que no entiende, pregunte. Cuando usted (y su familia) reciben beneficios del DHS o de la OHA, usted se compromete a hacer ciertas cosas. Puede perder esos beneficios o tener que reembolsarlos al DHS o a la OHA si recibe más de lo que le corresponde.

#### **Sus derechos (lo que usted puede esperar del DHS y de la OHA):**

- El DHS y la OHA lo tratarán con respeto y de manera justa y amable.
- Tiene derecho a preguntar sobre cualquier programa del DHS o la OHA, y a solicitarlos. También podemos derivarlo a otros servicios que necesite.
- Puede pedir un recibo por cualquier formulario que entregue en una oficina del DHS o de la OHA.
- Puede solicitar una reunión con un trabajador. También puede pedir hablar con una persona a cargo.
- Puede pedir ayuda para solicitar beneficios, llenar formularios o informar cambios en su idioma de preferencia.
- El DHS y la OHA le darán información en un formato o idioma que usted pueda entender.
- El DHS y la OHA harán todo lo posible para satisfacer sus necesidades especiales si usted tiene una discapacidad. El DHS y la OHA respetan la Ley de Norteamericanos con Discapacidades y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación.
- Puede pedir ver las declaraciones sobre usted en el expediente de su caso.
- Si tiene un “motivo justificado”, puede pedir que no le exijan cooperar con manutención de hijos. Un motivo justificado significa que el cobro de manutención representaría un peligro para usted o sus hijos. El DHS y la OHA le darán

formularios que explican lo que se entiende por motivo justificado/ Estos formularios le explican la forma en que el Programa de Manutención de Hijos de Oregón puede ayudarle a recibir manutención de hijos, incluso manutención médica en efectivo, sin que usted o sus hijos corran riesgos. El DHS y la OHA también pueden contestar las preguntas que usted pueda tener sobre lo que se considera un motivo justificado.

- La información que usted dé al DHS o a la OHA se mantendrá en privado. Nuestro “Aviso de prácticas de privacidad” se encuentra en línea en <https://apps.state.or.us/Forms/Served/me2090.pdf> y en un lugar visible en todas las oficinas del DHS.
- El DHS y la OHA le dirán si puede recibir beneficios en los siguientes plazos:
  - » 90 días para una decisión médica basada en una discapacidad (excepto en circunstancias inusuales).
  - » 45 días para otros beneficios de salud.
- Si no está de acuerdo con alguna decisión tomada por el DHS o la OHA, puede solicitar una audiencia.
- Un miembro del personal del DHS puede ayudarle a llenar la solicitud de audiencia. Si recibe cuidado basado en el hogar o la comunidad, o en un hogar de ancianos, no hay derecho de audiencia sobre una demanda de recuperación de patrimonio. Puede obtener más información en la sección Programa de recuperación de patrimonio. La solicitud de audiencia se debe presentar a más tardar a los 90 días de la fecha en que se tomó la decisión.

### **Sus responsabilidades (lo que usted debe hacer):**

Si participa en algún programa del DHS o de la OHA, usted debe:

- Dar información verdadera, correcta y completa al DHS y a la OHA.
- Presentar pruebas de ciertas cosas que informa. Si no puede conseguir pruebas, debe permitir que nos comuniquemos con otras personas o agencias para obtenerlas.
- Permitir que el personal del DHS y de la OHA visiten su hogar para obtener información sobre su caso.
- Informar cambios al DHS y a la OHA.
- Ayudar al DHS y a la OHA a conseguir pruebas si su caso se elige para una revisión. Los casos para revisión se eligen al azar.
- Autorizar a la División de Manutención de Hijos del Departamento de Justicia a divulgar sus registros de manutención de hijos al DHS y a la OHA, a menos que tenga motivo justificado para no hacerlo.
- Solicitar y usar ciertos beneficios o dinero que tenga derecho a recibir. Estos pueden ser:
  - » Seguro Social
  - » Seguro de compensación por accidentes de trabajo
  - » Retiro ferroviario
  - » Seguro de cuidado a largo plazo
  - » Beneficios de veteranos
  - » Seguro médico
  - » Beneficios de logias y sindicatos
  - » Medicare
  - » Seguro por lesión personal sin culpa, que se encuentra en todos los seguros de vehículos motorizados
- Hacerse los exámenes médicos necesarios para llenar su solicitud de asistencia médica.
- Informar a los proveedores médicos si tiene alguna otra cobertura de salud. Por ejemplo:
  - » Medicare
  - » Seguro por lesión personal sin culpa, que se encuentra en todos los seguros de vehículos motorizados
  - » Beneficios de veteranos
  - » Otra cobertura de salud
  - » Seguro de compensación por accidentes de trabajo
- Los proveedores deben facturar por la atención médica que usted recibe a los otros seguros antes de enviar facturas al DHS o a la OHA. Dé el número de su identificación médica emitida por el estado antes de recibir servicios.
- Si se requiere, haga los pagos mensuales para seguir recibiendo los beneficios médicos y de servicios. La cantidad del pago puede cambiar si cambia su situación económica.
- Informar a la Unidad de Retenciones por Lesión Personal en un plazo de 10 días si usted o alguien de su familia:
  - » Recibe beneficios de asistencia médica o del Plan de Salud de Oregón (OHP).
  - » Tiene una demanda contra alguien que le causó una lesión.

## Informes de cambios

Si recibe beneficios del DHS o de la OHA, debe informar ciertos cambios que afectan su situación o la de otras personas que reciben beneficios con usted. Si no cumple con este requisito, puede recibir un exceso de beneficios. Cualquier persona de su unidad familiar que tenga 18 años o más puede tener que devolver los beneficios recibidos en exceso.

Cuando se aprueban sus beneficios, el aviso le indica lo que debe informar y cuándo debe hacerlo. Cada programa tiene distintos requisitos de información, por lo que puede variar lo que necesita informar y cuándo debe hacerlo según el programa.

Cuando usted informa un cambio, el trabajador le indicará si tiene que presentar comprobantes. Si el cambio afecta otros beneficios que usted recibe, la agencia se lo informará. Si no está seguro si debe informar un cambio, puede preguntarle a un trabajador.

## Si tiene otro seguro

Si usted o un miembro de su familia tiene otro seguro médico, infórmele al proveedor (*médico, clínica, farmacia u hospital*) antes de recibir atención. Si tiene seguro de vehículo motorizado y sufre una lesión en un accidente automovilístico, infórmele al proveedor sobre su seguro de vehículo motorizado. Los proveedores deben facturar a la otra compañía de seguros antes de enviar facturas a la OHA. Si el DHS o la OHA paga una factura médica que debería haber sido pagada por un seguro, el DHS o la OHA tomarán medidas para recuperar el dinero. Por ejemplo:

- Si el DHS o la OHA paga una factura que debería haber sido pagada por un seguro privado, el DHS o la OHA tratarán de recuperar el dinero de la compañía de seguros.
- Si el DHS o la OHA paga una factura médica y el proveedor también recibe el pago de una compañía de seguros, el DHS o la OHA tratarán de recuperar el dinero del proveedor.
- Si el DHS o la OHA paga una factura médica y usted recibe un cheque de una compañía de seguros, el DHS o la OHA tratarán de recuperar el dinero que usted recibió.

## Asignación de pagos y gravámenes

Para calificar para recibir asistencia médica, usted debe otorgar al DHS, a la OHA y a su CCO el derecho a recibir el dinero que:

- Usted u otras personas que reciben asistencia médica con usted reciban o tengan derecho a recibir de otras partes que tenían obligación legal de pagar por gastos médicos o por lesiones pagados por la asistencia médica.

Esto incluye dinero proveniente de:

- Seguro de salud privado
- Seguro de automóvil
- Personas
- Otras fuentes

Esto recibe el nombre de “asignación de pagos” al DHS o a la OHA y a las CCO. La asignación de pagos es automática para todas las personas que reciben asistencia médica. Para seguir recibiendo estos beneficios, usted y los demás miembros de su familia (*incluidos los hijos que nacerán en el futuro*) deben ayudar al DHS o a la OHA a encontrar y recibir estos pagos en cualquiera de las siguientes formas:

- Informar al DHS, a la OHA y a su CCO en un plazo de 10 días si un tercero le causó lesiones a usted o a un miembro de su familia.
- Proporcionar información sobre las partes que causaron la lesión.
- Ayudar con cualquier información que se les solicite, incluyendo información sobre seguros.

El dinero que el DHS o la OHA pueden tomar tiene un límite. No puede ser más de lo pagado por los gastos médicos que la otra parte tiene obligación legal de pagar.

Podríamos poner un gravamen al dinero pagado por una parte con obligación legal de pagar para garantizar el pago al DHS, a la OHA o a una CCO.

Usted debe autorizar a las siguientes partes a divulgar sus registros médicos a las compañías de seguros:

- Proveedores médicos
- Hospitales
- Empleadores
- Agencias gubernamentales

Esto incluye registros suyos y de otros miembros de la familia que estén recibiendo asistencia médica, y solo se hará para que el DHS y la OHA recuperen el dinero.

## Otra información

### Uso del número de Seguro Social (SSN)

Las siguientes leyes y normas disponen que toda persona que solicite beneficios en efectivo o de comida debe proporcionar su número de Seguro Social (SSN) al DHS o a la OHA::

- Leyes federales (42 USC 1320b-7(a) y (b), 7 USC 2011-2036, 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920 y 42 CFR 457.340(b))
- Norma Administrativa de Oregón (OAR 461-120-0210)

El proporcionar un SSN puede acelerar el proceso de solicitud. Si alguien no tiene SSN, visite **www.ssa.gov** para obtener información sobre la forma de solicitarlo.

- El DHS y la OHA usarán su SSN para decidir si usted tiene derecho a recibir beneficios. Usaremos su SSN para:
  - » Verificar sus ingresos
  - » Verificar otros activos
  - » Comparar sus datos con otros registros estatales y federales, tales como:
    - \* Servicio de Impuestos Internos (IRS)
    - \* Administración del Seguro Social
    - \* Medicaid
    - \* Beneficios del seguro de desempleo
    - \* Manutención de hijos
    - \* Otros programas de asistencia pública.
- El DHS y la OHA pueden usar su SSN para preparar un compendio de datos o informes que las fuentes de financiamiento de los programas requieren cuando usted solicita o recibe beneficios.
- El DHS y la OHA pueden usar o divulgar su SSN:
  - » Si lo necesitamos para administrar el programa del que usted solicita o recibe beneficios.
  - » Para realizar evaluaciones de calidad y otras actividades de mejora de los programas.
  - » Para verificar la cantidad correcta de pagos y recuperar beneficios pagados en exceso.
  - » Para verificar que nadie reciba beneficios en más de una unidad familiar.

## Verificación de ingresos y activos

La información que usted dio en la solicitud estará sujeta a revisión y verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales. Para determinar si usted tiene derecho a recibir asistencia médica, el DHS y la OHA usan lo siguiente:

- Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS)
- Sistema de Verificación de Activos (AVS)

El AVS busca la siguiente información sobre usted y cualquier persona que deba proporcionar información financiera cuando usted solicita y recibe asistencia médica. El AVS busca los siguientes datos, ya sea que usted los haya informado o no:

- Instituciones financieras:
  - » Cuentas bancarias
  - » Cuentas de cooperativa de crédito
- Registros de bienes raíces:
  - » Casas
  - » Terrenos
- Registros de vehículos:
  - » Vehículos

### Programa de recuperación de patrimonio

El programa de recuperación de patrimonio es complejo y aplica a lo siguiente:

- Asistencia médica
- Programa de Ingresos Suplementarios de Oregón
- Asistencia general
- Ciertas personas que recibieron Medicare y Asistencia médica al mismo tiempo

El propósito de la recuperación de patrimonio es conseguir reembolso a partir de los activos de un beneficiario fallecido. Parte del dinero vuelve al gobierno federal. El resto se usa para financiar programas para otras personas necesitadas. Hay muchas excepciones para la recuperación de patrimonio.

## El derecho del estado a recuperar beneficios de su patrimonio

El DHS y la OHA pueden demandar dinero de su patrimonio (*tal como se define en ORS 416.350*) después de su fallecimiento en los siguientes casos:

- Si ocurrió lo siguiente, la cantidad de beneficios médicos podría pagarse de su patrimonio:
  - » Usted recibió beneficios médicos del estado después del 1º de octubre de 2013.
  - » Usted tenía más de 54 años y recibió beneficios de cuidado a largo plazo.

Esto incluye pagos que el Plan de Salud de Oregón hizo en su nombre a un plan de atención administrada o a una CCO.

- Si ocurrió lo siguiente, la cantidad de beneficios médicos podría pagarse de su patrimonio:
  - » Usted recibió beneficios médicos del estado después del 1º de octubre de 2013.
  - » Usted tenía más de 54 años, o tiene ciertos tipos de fideicomisos:
    - \* Fideicomisos de necesidades especiales
    - \* Fideicomisos de límite de ingresos
- Puede haber una demanda sobre su patrimonio si usted recibió beneficios de alguna de estas formas:
  - » Programa de Ingresos Suplementarios de Oregón
  - » Cierta asistencia general
  - » El estado tuvo que pagar una contribución mensual porque usted recibió tanto asistencia médica como Medicare Parte D.

El DHS y la OHA aplazarán una demanda de dinero si su cónyuge sigue con vida.

El DHS y la OHA no demandarán este dinero de su patrimonio si algunos de estos miembros de su familia siguen con vida:

- Hijos biológicos o adoptados menores de 21 años. Nota: los hijastros no están incluidos.
- Hijo biológicos o adoptados de cualquier edad si son ciegos o discapacitados según lo definido en los criterios del Seguro Social.

Nota: Las leyes y normas sobre demandas contra el patrimonio pueden cambiar sin previo aviso.

Toda persona que reciba activos del patrimonio de un cliente puede solicitar al DHS o la OHA que renuncie a la recuperación del patrimonio si cumplen con los requisitos de una exención por dificultades. Las instrucciones para solicitar una exención por dificultades se encuentran en la información que la Unidad de Administración Patrimonial envía cuando comienza el proceso de recuperación.

Comuníquese con la Unidad de Administración del Patrimonio a:

PO Box 14021

Salem, OR 97309-5024

Teléfono: 503-378-2884

1-800-826-5675 (*solo en Oregón*)

Fax: 503-378-3137

## Penalidad por transferencia de activos

Si usted transfiere un activo por menos de su valor, puede perder su derecho a recibir algunos beneficios. Si regala o vende un activo, decimos que usted transfiere el activo. Los activos son ingresos y objetos de valor, por ejemplo:

- Casas
- Vehículos
- Bienes
- Dinero

Hable con su trabajador antes de vender o regalar cualquier activo.

Si transfiere un activo, puede perder el derecho a recibir los siguientes beneficios:

- Servicios de cuidado a largo plazo (LTC):
  - » Hogares de acogida para adultos
  - » Instituciones de vida asistida
  - » Servicios en el hogar
  - » Instituciones para ancianos
  - » Otros entornos de cuidado
- Asistencia médica para refugiados

Investigamos lo que sucedió antes de su solicitud para ver si hay alguna transferencia de activos que resulte en una penalidad:

- Para los servicios de cuidado a largo plazo (LTC), investigamos los 5 años anteriores.
- Para la asistencia médica para refugiados, investigamos los 3 años anteriores.

La penalidad por transferencia de activos comienza cuando usted solicita beneficios y tiene derecho a recibirlos, y solo se aplicará a los beneficios antes mencionados. La penalidad consistirá en el rechazo de su solicitud para ese beneficio. Si usted transfiere un activo mientras recibe beneficios, también habrá una penalidad. Esta consistirá en la suspensión de dicho beneficio durante un tiempo. Si sus beneficios de LTC terminan, sus otros beneficios médicos se pueden reducir o cancelar.

## Declaración y firma

Mediante su firma en esta solicitud, usted confirma que:

- Entiende que, para verificar la información que usted proporcionó en este formulario, el DHS y la OHA usarán bases de datos y sistemas informáticos estatales y federales que tienen información sobre sus ingresos, otros seguros de salud (incluyendo Medicare), seguro social, y estatus de ciudadanía y migratorio.
- Entiende que algunos servicios y equipos médicos requieren autorización previa (AP) y usted tiene la AP del DHS, la OHA, la Organización de atención coordinada (CCO) o el plan de atención coordinada antes de poder recibirlos.
- Usted y su cónyuge aceptan que el DHS y la OHA se convertirán en beneficiarios de cualquier anualidad que usted informe.
- Entiende que el DHS y la OHA no usarán los siguientes gastos para calcular los beneficios de su cuidado a largo plazo si no los informa:
  - » Vivienda
  - » Médicos
  - » Cuidado de niños
  - » Manutención de hijos ordenada por un tribunal
- Entiende y acepta la información de la sección “Lea y firme” de la solicitud (Paso 8) y de la sección “Lea y firme” de esta Guía de solicitud.

PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA (*MEDICAL ASSISTANCE*) Y  
PROGRAMA DE AYUDA CON LA PRIMA (*PREMIUM ASSISTANCE*)

**Su información.  
Sus derechos.  
Nuestras responsabilidades.**

El presente aviso describe la manera en que la información sobre usted puede utilizarse y divulgarse y la manera en que usted puede acceder a dicha información. **Léalo con detenimiento.**

**Sus  
derechos**

**Usted tiene derecho a:**

- Recibir una copia de sus expedientes médicos y de reclamaciones
- Corregir sus expedientes médicos y de reclamaciones
- Solicitar que la comunicación sea confidencial
- Pedirnos que restrinjamos la información que divulgamos
- Obtener una lista de las personas/entidades a quienes hayamos divulgado dicha información
- Recibir una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien para que actúe en su nombre
- Presentar una queja si considera que sus derechos de privacidad han sido violados

» **En la página 2** hallará más información sobre estos derechos y sobre cómo ejercerlos

**Sus  
opciones**

**Tiene ciertas opciones respecto a la manera en que utilizamos y divulgamos su información cuando:**

- Respondemos a preguntas —relativas a la cobertura— por parte de sus familiares y amigos
- Prestamos socorro en caso de desastre
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información

» **En la página 3** hallará más información sobre estas opciones y la manera de ejercerlas

**El uso y la divulgación por parte nuestra**

**Podemos utilizar y divulgar su información cuando:**

- Ayudamos a administrar el tratamiento de cuidado médico que usted recibe
- Manejamos nuestra organización
- Pagamos por los servicios médicos que usted reciba
- Administramos su plan de salud
- Ayudamos con aspectos de salud y seguridad públicas
- Realizamos investigaciones
- Acatamos la ley
- Respondemos a solicitudes de donación de órganos y tejidos y colaboramos con un médico forense o con el director de una funeraria
- Respondemos a las solicitudes por parte del programa de indemnización por accidentes de trabajo, las fuerzas del orden y de otras entidades gubernamentales
- Respondemos a demandas y acciones judiciales

» **En las páginas 3 y 4** hallará más información sobre estas opciones y la manera de ejercerlas

# Sus derechos

**Cuando se trata de su información médica, usted goza de ciertos derechos.** En esta sección se explican sus derechos y ciertas responsabilidades para ayudarle.

## Recibir una copia de sus expedientes médicos y de reclamaciones

- Puede pedir ver u obtener una copia de sus expedientes médicos y de reclamaciones y demás información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de sus expedientes médicos y de reclamaciones, por lo general dentro de los 30 días de haberlos usted solicitado. Podríamos cobrarle una cuota razonable basada en el costo del fotocopiado.

## Pedirnos que corrijamos sus expedientes médicos y de reclamaciones

- Puede pedirnos que corrijamos sus expedientes médicos y de reclamaciones si usted considera que están errados o incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podríamos denegar su solicitud, pero le comunicaremos el porqué, por escrito, en un plazo de 60 días.

## Solicitar que la comunicación sea confidencial

- Puede pedirnos que le contactemos de una manera especial (por ejemplo, al teléfono de su vivienda u oficina) o que le enviemos correspondencia a otra dirección.
- Tomaremos en consideración todas las solicitudes razonables y tendremos que acceder a dicha solicitud si usted nos dice que si no lo hacemos, correría peligro.

## Pedirnos que restrinjamos lo que utilizamos o divulgamos

- Puede pedirnos que **no** utilicemos o divulguemos cierta información médica para el tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- No tenemos la obligación de acceder a su solicitud y podemos decirle que no si su solicitud afectase el cuidado que recibe.

## Obtener una lista de las personas/ entidades a quienes hayamos divulgado dicha información

- Puede pedirnos la lista (que rindamos cuentas) de las veces en que su información médica fue divulgada en los seis años previos a la fecha de su solicitud, así como a quién y el porqué.
- Incluiremos todas las divulgaciones salvo las que se relacionen con el tratamiento, pago y operaciones de la atención médica y algunas otras divulgaciones (por ejemplo las divulgaciones que usted no indicó hacer). Le rendiremos cuentas una vez al año, de forma gratuita, pero le cobraremos una cuota razonable, basada en el costo, si usted nos pide otra lista en el mismo periodo de 12 meses.

## Recibir una copia de este aviso de privacidad

- Puede pedirnos una copia impresa del presente aviso en cualquier momento, incluso si accedió a recibir el aviso de forma electrónica. Le facilitaremos la copia impresa sin demoras.

## Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha dado a alguien un poder legal o si alguien es su tutor legal, dicha persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones respecto a su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga dicha autoridad y pueda actuar en su nombre antes de que procedamos.

## Presentar una queja si considera que sus derechos han sido violados

- Puede quejarse si considera que sus derechos han sido violados. Para ello, emplee la información de la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. enviando una carta a:  
U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights  
200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20201, llamando por teléfono al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

## Sus opciones

**En el caso de cierta información médica, usted puede indicarnos sus opciones sobre lo que divulgamos.** Si tiene alguna preferencia marcada sobre la manera en que divulgamos su información en las situaciones descritas a continuación, háganoslo saber. Díganos qué quiere que hagamos y nosotros seguiremos sus indicaciones.

**En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de indicarnos que:**

- Divulguemos información a sus familiares, amigos íntimos y otras personas que participan en el pago de la atención que usted recibe
- Divulguemos información en un caso de socorro de desastre

*Si usted no puede decirnos sus preferencias, por ejemplo si ha perdido el conocimiento, podríamos divulgar su información si consideramos que es lo mejor para usted. Asimismo, podríamos divulgar su información cuando ésta sea necesaria para aminorar una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad.*

**En estos casos, jamás divulgamos su información a menos que usted nos dé su permiso por escrito:**

- Mercadeo
- La venta de su información
- La mayoría de los apuntes psicoterapéuticos

## Los usos y las divulgaciones por nuestra parte

**¿De qué manera solemos utilizar o divulgar su información médica?**

En general, utilizamos o divulgamos su información médica de las maneras siguientes:

**Ayudar a administrar el tratamiento médico que usted recibe**

- Podemos utilizar su información médica y divulgarla a los profesionales que le atienden.

**Ejemplo:** Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que nosotros podamos coordinar servicios adicionales.

**Manejar nuestra organización**

- Podemos utilizar su información médica y divulgarla para manejar nuestra organización y contactarle cuando sea necesario.
- **No tenemos permitido utilizar información genética para decidir si conceder o no cobertura médica y el costo de dicha cobertura.** Esto no se aplica a los planes de cuidado de largo plazo.

**Ejemplo:** Utilizamos la información médica sobre usted para desarrollar mejores servicios para usted.

**Pagar por los servicios médicos que usted recibe**

- Podemos utilizar su información médica y divulgarla cuando pagamos por los servicios médicos que usted recibe.

**Ejemplo:** Divulgamos información sobre usted a su plan dental para coordinar el servicio dental que reciba.

**Administrar su plan**

- Podemos utilizar su información médica y divulgarla al patrocinador de su plan de salud para fines de la administración del plan.

**Ejemplo:** Su compañía nos contrata para que le proporcionemos a usted un plan de salud y nosotros le proporcionamos ciertos datos estadísticos a su compañía para explicar las primas que cobramos.

## ¿De qué otra manera podemos utilizar o divulgar su información médica?

Tenemos permitido o se nos exige divulgar su información de otras maneras, por lo general en maneras que contribuyen al bienestar público, tal como la salud pública y las investigaciones. Debemos reunir varios criterios exigidos por ley antes de poder divulgar su información para tales fines. Para obtener más información visite:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

### Ayuda con aspectos de salud y seguridad públicas

- Podemos divulgar información médica sobre usted en ciertas situaciones, tal como para:
  - Prevenir enfermedades
  - Ayudar con la retirada de productos del mercado
  - Informar reacciones adversas a medicamentos
  - Denunciar sospechas de maltrato, abandono o violencia doméstica
  - Prevenir o aminorar una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona

### Realizar investigaciones

- Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted en investigaciones sanitarias.

### Acatar la ley

- Divulgaremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo exigen. Esto incluye al Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste desea revisar la información para cerciorarse de que estemos acatando la ley federal de privacidad.

### Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y colaborar con un médico forense o el director de una funeraria

- Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted a organizaciones de obtención de órganos.
- Cuando fallezca la persona, podemos divulgar su información médica al médico forense, médico legista o director de una funeraria.

### Responder a solicitudes del programa de indemnización por accidentes de trabajo, las fuerzas del orden o de otras entidades gubernamentales

- Podemos utilizar o divulgar información médica sobre usted:
  - En reclamaciones de indemnización por accidentes de trabajo
  - Para fines del cumplimiento de la ley o a un agente de las fuerzas del orden
  - A las agencias sanitarias de supervisión para actividades autorizadas por la ley
  - Para funciones gubernamentales especiales como servicios de protección militares, de seguridad nacional y presidenciales.

### Responder a demandas legales y acciones judiciales

- Podemos divulgar información médica sobre usted como respuesta a una orden judicial o administrativa.

- I. La OHA puede utilizar o divulgar la información médica amparada (protected health information o PHI) de los formularios de inscripción para determinar los programas para los cuales usted es elegible o el tipo de cobertura que debe recibir.
- II. La OHA cumple con los requisitos de las leyes de privacidad federales y estatales, incluidas las leyes sobre el abuso de alcohol y drogas y su tratamiento, así como las leyes relacionadas con las afecciones de salud mental y su tratamiento.
- III. La OHA puede utilizar o divulgar los expedientes de abuso de sustancias únicamente si la persona o la empresa que recibe los expedientes tiene un contrato especial con la OHA.
- IV. Si la OHA divulga información a otra persona con la aprobación del paciente, la información no estará amparada por las reglas de privacidad y la persona que reciba la información podría no tener que proteger la información. Dicha persona podrá divulgar la información del paciente a otra persona sin la aprobación del paciente.

## Nuestras responsabilidades

---

- La ley nos exige que velemos por la privacidad y la seguridad de su información médica amparada.
- Le informaremos de inmediato si se produce alguna infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en el presente aviso y entregarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni divulgaremos su información a no ser de las maneras descritas en el presente aviso, a menos que usted nos indique, por escrito, que podemos hacerlo. Si nos indica que podemos hacerlo, podrá cambiar de parecer en cualquier momento. Si cambia de parecer, infórmenos al respecto por escrito.

Para obtener más información, visite:

**[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)**.

### **Cambios a los términos del presente aviso**

Podemos cambiar los términos del aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. Puede solicitar el nuevo aviso desde nuestro sitio Web. Le enviaremos una copia por correo postal.

*Aprobado por Suzanne Hoffman, COO 2-14-2014*

***Este Aviso de prácticas de privacidad se aplica a la Autoridad de Salud de Oregon y a sus empresas socias, entre ellas el Departamento de Servicios Humanos de Oregon.***

***Para utilizar cualquier parte de los derechos de privacidad listados arriba, comuníquese con la oficina local de la OHA.***

***Para solicitar el presente aviso en otro idioma, letra grande, Braille o en otro formato, llame al 503 -378-3486, envíe un fax al 503-373-7690 o marque 503-378-3523 (TTY, personas con problemas auditivos). Está disponible en inglés y ha sido traducido al español, ruso, vietnamita, somalí, árabe, birmano, bosnio, camboyano, coreano, laosiano, portugués y chino. También está disponible en letra grande y braille.***

### **OREGON HEALTH AUTHORITY**

Privacy Officer, 500 Summer Street NE, E-24,  
Salem, OR 97301

**Correo electrónico:** [dhs.privacyhelp@state.or.us](mailto:dhs.privacyhelp@state.or.us)

**Teléfono:** 503-945-5780

**Fax:** 503-947-5396