



## Sus derechos y responsabilidades

Este formulario indica lo que el Departamento de Servicios Humanos de Oregon (Oregon Department of Human Services (ODHS, por sus siglas en inglés)) y el Oregon Health Authority (OHA, por sus siglas en inglés) se comprometen a hacer por usted. Estos son sus "derechos". También indica lo que usted se compromete a hacer cuando solicite asistencia médica. Estas son sus "responsabilidades".

Por favor, lea este formulario detenidamente. Puede pedir al personal del ODHS que le explique este formulario. Pregunte si hay algo que no entienda. Usted se compromete a realizar ciertas acciones cuando usted (y su familia) reciban beneficios del ODHS o el OHA. Podría perder esos beneficios o tener que reembolsar al ODHS o al OHA, si recibe más de lo que debería.

### **Sus derechos (lo que puede esperar por parte del ODHS y el OHA):**

- El ODHS y el OHA lo tratarán con respeto, de forma justa y cortés.
- Tiene derecho a solicitar y preguntar sobre cualquier programa del ODHS o del OHA. También podemos recomendarle otros servicios que necesite.
- Puede pedir un comprobante por cualquier formulario que entregue en una oficina del ODHS o del OHA.
- Puede solicitar una reunión con un trabajador. También puede pedir hablar con un encargado.
- Puede pedir ayuda para hacer una solicitud, llenar formularios o informar de cambios en su idioma preferido.
- El ODHS o el OHA le proporcionarán información en un formato o idioma que pueda entender.
- El ODHS o el OHA harán todo lo posible para satisfacer sus necesidades especiales si tiene una discapacidad. El ODHS o el OHA se rigen por la Ley de Estadounidenses con Discapacidades y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación.
- Puede solicitar ver las declaraciones sobre usted en su expediente.
- Si tiene una "causa justificada", puede solicitar la exención de la manutención de hijos. Una causa justificada significa que el cobro de la manutención de hijos lo pondría en peligro a usted o a sus hijos. El ODHS y el OHA le proporcionarán formularios que explican la causa justificada. Estos formularios le indican cómo el Programa de Manutención de Hijos de Oregon puede ayudarle a que reciba la manutención de hijos, incluida la manutención médica en efectivo, al mismo tiempo que les protege a usted y sus hijos. El ODHS y el OHA también pueden responder a sus preguntas acerca de la causa justificada.
- El ODHS y el OHA le informarán si tiene derecho a recibir los beneficios en el plazo indicado a continuación:
  - » 90 días para una decisión médica por discapacidad (excepto en circunstancias inusuales)
  - » 45 días para otros beneficios médicos.

- Puede solicitar una audiencia si no está de acuerdo con una decisión del ODHS o del OHA.
- Un miembro del personal del ODHS puede ayudarle a llenar la solicitud de audiencia. Si recibe atención domiciliaria y atención comunitaria o atención en un hogar de ancianos no tiene derecho a una audiencia por una reclamación de recuperación del patrimonio. Obtenga más información en la sección Programa de Recuperación del Patrimonio. Debe solicitar una audiencia en un plazo de 90 días si recibe estos beneficios.

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

Si participa en algún programa del ODHS o del OHA, usted debe:

- Presentar información verdadera, correcta y completa al ODHS y al OHA.
- Facilitar pruebas de ciertas cosas que usted informa. Si no puede obtener pruebas, debe permitirnos comunicarnos con otras personas o agencias para obtener pruebas cuando sea necesario.
- Permitir al personal del ODHS y del OHA visitar su domicilio para obtener información acerca de su caso.
- Informar sobre cambios al ODHS y al OHA.
- Ayudar al ODHS y al OHA a obtener pruebas si su caso es elegido para una revisión. Los casos se eligen al azar para participar en una revisión.
- Autorizar a la División de Manutención de Hijos del Departamento de Justicia a divulgar sus registros de manutención de hijos al ODHS y al OHA, a menos que tenga una causa justificada.
- Solicitar y utilizar determinados beneficios o dinero a los que tenga derecho. Esto puede incluir cualquiera de los siguientes:
  - » Seguro Social
  - » Jubilación de empleados ferroviarios
  - » Beneficios para veteranos
  - » Beneficios de logias y sindicatos
  - » Cobertura de lesión personal sin culpa, que se incluye en todos los seguros de automóvil
  - » Seguro de compensación para trabajadores
  - » Seguro de cuidado a largo plazo
  - » Seguro médico
  - » Medicare
- Someterse a cualquier examen médico que necesite para completar su solicitud para obtener asistencia médica.
- Informar a los proveedores de servicios médicos si tiene otra cobertura médica. A continuación se mencionan algunos ejemplos:
  - » Medicare
  - » Beneficios para veteranos
  - » Seguro de compensación para trabajadores
  - » Cobertura por lesión personal sin culpa, que se incluye en todos los seguros de automóvil
  - » Otra cobertura médica

- Los proveedores deben facturar a otros seguros antes de facturar al ODHS o al OHA por su atención médica. Proporcione su número de identificación médica emitido por el Estado antes de recibir los servicios.
- Si es necesario, realice un pago mensual para seguir recibiendo los beneficios médicos y de servicios. Estas cantidades pueden ajustarse a los cambios en su situación financiera.
- Informar a la Unidad de Gravámenes por Lesiones Personales en un plazo de 10 días si **usted o alguien de su familia** hace lo siguiente:
  - » Obtiene asistencia médica o beneficios del Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan (OHP, por sus siglas en inglés)).
  - » Tiene una reclamación contra alguien por una lesión que haya causado.

## Asignación de pagos y gravámenes

Para tener derecho a la asistencia médica, usted debe permitir al ODHS, el OHA y a su Organización de Atención Coordinada (Coordinated Care Organization (CCO, por sus siglas en inglés)) que dispongan de cualquier dinero que usted u otras personas que reciban asistencia médica con usted, reciban o tengan derecho a recibir de aquellos responsables legales de las lesiones o de los gastos médicos pagados por la asistencia médica. Esto incluye dinero de cualquiera de los siguientes:

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

Esto se denomina "asignar pagos" al ODHS o al OHA y a las CCO. La asignación de pagos es automática para cualquiera que reciba asistencia médica. Para continuar recibiendo asistencia médica, usted y los otros miembros de su familia (que incluye a cualquier niño que nazca en el futuro) deben ayudar al ODHS o al OHA a encontrar y obtener estos pagos de las siguientes maneras:

- Informar al ODHS, al OHA y a su CCO que un tercero le ocasionó una lesión a usted o a un miembro de su familia en un plazo de 10 días.
- Dar información acerca de las partes que causaron la lesión.
- Ayudar con cualquier información solicitada. Esto incluye información del seguro.

Hay un límite en cuanto al dinero que el ODHS o el OHA puede recibir. No puede ser superior a la cantidad pagada por los gastos médicos que la parte está legalmente obligada a pagar.

Podemos aplicar un gravamen por cualquier cantidad pagada por una parte legalmente responsable para garantizar el pago al ODHS, al OHA o a una CCO.

## Si tiene otro seguro

Si usted o un miembro de su familia tiene otro seguro médico, informe al proveedor (médico, clínica, farmacia u hospital) antes de recibir atención. Si tiene un seguro de automóvil y resulta herido en un accidente automovilístico, informe al proveedor de su seguro de automóvil. Deben facturar a la otra compañía de seguros antes de facturar al OHA. Si el ODHS o el OHA pagan por una factura médica que debería ser pagada por el seguro, el ODHS o el OHA tomarán medidas para recuperar su dinero.

Por ejemplo:

- Si el ODHS o el OHA pagan una factura que el seguro privado debería haber pagado, el ODHS o el OHA intentarán que la compañía de seguros les devuelva el dinero.
- Si el ODHS o el OHA pagan una factura médica y el proveedor también recibe el pago de la compañía de seguros, el ODHS o el OHA intentarán que el proveedor les devuelva el dinero.
- Si el ODHS o el OHA pagan una factura médica y una compañía de seguros le envía a usted un cheque por ella, el ODHS o el OHA intentarán que usted les devuelva el dinero.

## **Verificación de ingresos y activos**

La información que proporcione en este formulario estará sujeta a revisión y verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales. Cuando se determine su elegibilidad para recibir la asistencia médica, el ODHS y el OHA usan lo siguiente:

- Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (Income and Eligibility Verification System (IEVS, por sus siglas en inglés))
- Sistema de Verificación de Activos (Asset Verification System (AVS, por sus siglas en inglés))

El AVS investiga lo siguiente sobre usted y los miembros de su familia que deben proporcionar información financiera cuando usted solicite y reciba asistencia médica. El AVS investiga lo siguiente, independientemente si usted lo reporta o no.

- Instituciones financieras
  - » Cuentas bancarias
  - » Cuentas cooperativas de crédito
- Registros de bienes inmuebles
  - » Viviendas
  - » Terrenos
- Registros de vehículos
  - » Vehículos

Un cónyuge legal debe proporcionar información financiera. El ODHS y el OHA también pueden dar cualquier información en su solicitud a las fuerzas policiales para ayudarles a detener a alguien que huye de la ley.

## **Divulgación de información**

Debe estar de acuerdo en que los mencionados a continuación puedan facilitar registros médicos a compañías de seguros:

- Proveedores de servicios médicos
- Hospitales
- Empleadores
- Agencias gubernamentales

Esto abarca sus registros y los de otros miembros de su familia que reciben asistencia médica. Esto solo se realizará para que el ODHS y el OHA obtengan el pago.

## **Programa de Recuperación del Patrimonio**

El Programa de Recuperación del Patrimonio es un programa complejo que aplica a lo siguiente:

- Asistencia médica

- Asistencia general
- Programa de ingresos complementarios de Oregon
- Algunas personas que recibieron Medicare y Asistencia médica al mismo tiempo.

El propósito de la recuperación del patrimonio es solicitar el reembolso de los bienes de un beneficiario fallecido. Parte del dinero se devuelve al gobierno federal. El resto financia programas para otras personas necesitadas. Existen muchas excepciones para la recuperación del patrimonio.

## **El derecho del Estado a recuperar los beneficios de su patrimonio**

**El ODHS y el OHA pueden reclamar dinero de su patrimonio** (según se define en los Estatutos Revisados de Oregon (Oregon Revised Statutes (ORS, por sus siglas en inglés)) 416.350) después de su muerte si cumple con las siguientes situaciones.

- Si lo siguiente ocurre, la cantidad de beneficios médicos puede pagarse con su patrimonio:
  - » Recibió los beneficios médicos estatales después del 1 de octubre de 2013.
  - » Era mayor de 54 años de edad y recibió beneficios de cuidado a largo plazo.

Esto incluye los pagos del Plan de Salud de Oregon realizados en su nombre a un plan de atención administrada o los pagos a una CCO.

- Si lo siguiente ocurre, la cantidad de beneficios médicos puede pagarse con su patrimonio:
  - » Recibió los beneficios médicos estatales después del 1 de octubre de 2013.
  - » Usted tenía más de 54 años de edad, o tiene ciertos tipos de fideicomisos:
    - › Fideicomisos para necesidades especiales
    - › Fideicomisos de límite de ingresos
- Si recibió beneficios por cualquiera de los siguientes medios, es posible que se reclame su patrimonio:
  - » Programa de ingresos complementarios de Oregon
  - » Cierta asistencia general
  - » El Estado debía pagar una contribución mensual para usted, ya que recibió tanto la asistencia médica como la Parte de D de Medicare.

El ODHS y el OHA aplazará una reclamación por dinero si su cónyuge le sobrevive.

**El ODHS y el OHA no reclaman este dinero de su patrimonio** si alguno de los siguientes miembros de su familia siguen con vida:

- Cualquier hijo suyo natural o adoptado que sea menor de 21 años. Aviso: Esto no incluye a los hijastros.
- Cualquier hijo suyo natural o adoptado, de cualquier edad, que sea ciego o discapacitado según los criterios del Seguro Social.

**Aviso:** las leyes y reglamentos sobre reclamaciones contra un patrimonio pueden cambiar sin previo aviso.

Cualquier persona que reciba bienes del patrimonio de un cliente, puede solicitar al ODHS o al OHA que renuncie a la recuperación del patrimonio si cumple los requisitos de una exención por dificultades. Las instrucciones de cómo solicitar una exención por dificultades se encuentran en la información que la Unidad de Administración del Patrimonio envía al momento de iniciar el proceso de recuperación.

La información de contacto de la Unidad de Administración del Patrimonio se encuentra a continuación:

Estate Administration Unit  
PO Box 14021  
Salem, OR 97309-5024  
503-378-2884  
1-800-826-5675 (solo en Oregon)  
Fax: 503-378-3137

## **Informes de cambios**

Si recibe beneficios del ODHS o del OHA, debe informar de ciertos cambios que le afectan a usted y a otras personas que reciban beneficios con usted. Si usted no informa de los cambios como es debido, puede recibir demasiados beneficios. Cualquier persona en su hogar que sea mayor de 18 años podría tener que reembolsar los beneficios.

Cuando se le aprueben los beneficios, la notificación le indica lo qué debe informar y cuándo. Cada programa tiene diferentes requisitos de información. Lo que debe informar y cuándo hacerlo puede variar.

Cuando usted informe un cambio, el trabajador le informará si necesita presentar alguna prueba. Si el cambio afecta a otros beneficios que usted recibe, la agencia se lo indicará. Si no está seguro si debe comunicar un cambio, le puede preguntar a un trabajador.

## **Sanción por transferencia de bienes**

Usted puede no ser elegible para algunos beneficios si transfiere un bien por menos de su valor. Cuando regala o vende un bien, decimos que usted transfirió el bien. Los bienes son ingresos y objetos de valor. Los ejemplos se encuentran a continuación:

- Viviendas
- Propiedades
- Vehículos
- Dinero

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

Si usted transfiere un bien, puede no ser elegible para los siguientes beneficios:

- Servicios de Cuidados a largo plazo (Long-term care (LTC, por sus siglas en inglés)):
  - » Hogares de acogida para adultos
  - » Centros de vida asistida
  - » Servicios a domicilio
  - » Centros de enfermería
  - » Otros entornos de cuidado
- Asistencia médica para refugiados

Investigamos lo que usted hizo antes de presentar una solicitud para saber si hubo alguna transferencia de bienes que resulte en una sanción.

- Para LTC comprobamos los últimos 5 años.
- Para Asistencia médica para refugiados comprobamos los últimos 3 años.

La sanción por una transferencia de bienes inicia cuando usted presenta una solicitud y podría ser elegible. La sanción solo se aplicará a los beneficios mencionados anteriormente. La sanción consistirá en denegar su solicitud de dicho beneficio. También habrá una sanción si transfiere un bien mientras recibe beneficios. La sanción consistirá en suspender ese beneficio durante un tiempo. Si sus beneficios por LTC finalizan, podría reducir o finalizar sus otros beneficios médicos.

## Información para todos los programas

### Nuestra política de no discriminación

El Departamento de Servicios Humanos de Oregon (ODHS, por sus siglas en inglés) y el Oregon Health Authority (OHA, por sus siglas en inglés) no discriminan a nadie. Esto significa que el ODHS y el OHA ayudarán a cualquier persona que cumpla con los requisitos. El ODHS y el OHA no tratarán a nadie de forma diferente por ninguno de los siguientes motivos:

- Edad
- Raza
- Color de piel
- País de origen
- Género
- Religión
- Discapacidad
- Orientación sexual†
- Estado civil‡

Puede presentar una queja si cree que el ODHS o el OHA lo trataron de manera diferente por cualquiera de estos motivos. Para presentar una queja, puede llamar o escribir a la Oficina de Defensa del Gobernador:

**Governor's Advocacy Office**  
500 Summer Street NE, E17  
Salem, OR 97301

503-945-6904  
1-800-442-5238  
TTY 711  
Correo electrónico: [ODHS.info@ODHSoha.state.or.us](mailto:ODHS.info@ODHSoha.state.or.us)

---

† La orientación sexual está protegida por las leyes estatales, pero no por las federales.

‡ Los clientes que reciben los servicios médicos están protegidos contra la discriminación por estado civil.

## ¡La igualdad de oportunidades es la ley!

Trabajamos con el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (United States Department of Agriculture (USDA, por sus siglas en inglés)) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services (HHS, por sus siglas en inglés)) de los Estados Unidos. Ambos son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades. Se ofrecen ayudas y servicios auxiliares a las personas con discapacidades que lo soliciten.

Para presentar una queja ante el USDA y el HHS, lea el [formulario "Información sobre quejas por discriminación al cliente" \(ODHS 9001\)](#). Usted puede encontrar este formulario en el ["Paquete de información y referencia" \(ODHS 6609\)](#).

## Por qué necesitamos su número de Seguro Social (SSN)

Estas leyes y regulaciones federales y estatales indican que cualquier persona que solicite beneficios médicos debe proporcionar un número de Seguro Social (Social Security number (SSN, por sus siglas en inglés)), si tiene uno:

- Leyes federales (42 Código de los Estados Unidos (United States Code (USC, por sus siglas en inglés)) 1320b-7(a) y (b), 7 USC 2011-2036, 42 Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations (CFR, por sus siglas en inglés)) 435.910, 42 CFR 435.920 y 42 CFR 457.340(b))
- Reglas administrativas de Oregon: Reglas administrativas de Oregon (Oregon Administrative Rules (OAR, por sus siglas en inglés)) 461-120-0210 y 410-200-0210

Si usted proporciona un SSN, puede acelerar el proceso de solicitud. Si alguien no tiene un SSN, visite [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov) para obtener más información sobre cómo solicitarlo.

- El ODHS y el OHA utilizarán su SSN para decidir si es elegible para recibir los beneficios. Utilizaremos su SSN para realizar lo siguiente:
  - » Verificar sus ingresos
  - » Verificar otros bienes
  - » Comparar otros registros estatales y federales como los siguientes:
    - › Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service (IRS, por sus siglas en inglés))
    - › Medicaid
    - › Manutención de hijos
    - › Administración del Seguro Social
    - › Beneficios del seguro de desempleo
    - › Otros programas de asistencia pública.
- El ODHS y el OHA pueden usar su SSN para preparar una recopilación de información o informes que las fuentes de financiación del programa piden cuando usted solicita o recibe los beneficios.
- El ODHS y el OHA pueden usar o divulgar su SSN:
  - » Si lo necesitamos para gestionar el programa que solicita o del que recibe los beneficios.
  - » Para llevar a cabo evaluaciones y actividades de mejora de la calidad.
  - » Para verificar la cantidad correcta de pagos y recuperar los sobrepagos de beneficios.
  - » Para verificar que nadie tiene beneficios en más de un hogar.

## Con mi firma (que incluye una firma verbal o electrónica), estoy de acuerdo con lo siguiente:

- He proporcionado información verdadera, correcta y completa al ODHS y al OHA.
- Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio. Eso significa, que a mi leal saber y entender, proporcioné respuestas verdaderas a todas las preguntas de este formulario. Sé que, bajo la ley federal, si proporciono información falsa o incorrecta, puedo estar sujeto a lo siguiente:
  - » Sanciones
  - » Ser responsable de sobrepagos
- El ODHS y el OHA pueden revisar mi caso. Esto puede incluir visitas del ODHS a mi hogar.
- Informaré de los cambios en la información que doy al ODHS y al OHA cuando me lo soliciten.
- Proporcioné información verdadera sobre mi ciudadanía y la de otras personas para quienes solicito o recibo beneficios.
- Sé que el ODHS y el OHA revisarán mi situación migratoria y la de las otras personas para quienes solicito o recibo beneficios.
- Sé que la información que el ODHS y el OHA reciben del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS, por sus siglas en inglés)) podría afectar a quién recibe los beneficios. El ODHS y el OHA no se pondrán en contacto con el USCIS por ninguna persona que no solicite beneficios.
- Autorizo a la División de Manutención de Hijos (Division of Child Support (DCS, por sus siglas en inglés)) del Departamento de Justicia (Department of Justice (DOJ, por sus siglas en inglés)) a divulgar mis registros de manutención de hijos al ODHS y al OHA.
- Si no doy el número de Seguro Social de una persona que desea los beneficios al ODHS y al OHA, es posible que esa persona no pueda recibirlos.
- El ODHS y el OHA no utilizarán los costos de lo siguiente para calcular mis beneficios si yo no los informo:
  - » Alojamiento
  - » Cuidado infantil
  - » Gastos médicos
  - » Manutención de hijos por orden judicial
- El ODHS y el OHA pueden usar computadoras para comprobar toda la información en este formulario. Esto incluye comparar los registros con los siguientes:
  - » Bancos
  - » Beneficios del seguro de desempleo
  - » Ingresos
- Entiendo que el ODHS y el OHA pueden usar o divulgar mi SSN y el de cada persona para la que solicite beneficios.
- El ODHS y el OHA pueden brindar información sobre esta solicitud a:
  - » Agencias federales y estatales que realizan revisiones.
  - » Agencias federales y estatales y agencias de cobro privadas, si tengo que reembolsar beneficios al ODSH o al OHA.
  - » Agentes policiales, para ayudarles a detener a alguien que huye de la ley.

- El ODHS y el OHA pueden utilizar mi información para administrar otros programas de asistencia pública que yo reciba del ODHS o del OHA.
- Entiendo que la persona que firma este formulario debe devolver los beneficios al ODHS o al OHA cuando haya un sobrepago en mi caso. Aquellas personas que deben solicitar conmigo y un representante autorizado también pueden ser responsables de los sobrepagos.
- Entiendo que algunos servicios y equipos médicos requieren autorización previa (Prior authorization (PA, por sus siglas en inglés)). Necesito tener la PA del ODHS, del OHA o de mi plan de atención coordinada antes de poder recibir el servicio.
- Usted y su cónyuge están de acuerdo en que por cualquier anualidad que informe, el ODHS o el OHA se convertirán en un beneficiario.
- Entiendo los derechos y responsabilidades descritos en este formulario.

# Notificación de prácticas de privacidad

**Su información.**

**Sus derechos.**

**Nuestras responsabilidades.**

Esta notificación describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo usted puede acceder a dicha información.

**Por favor, revísela detenidamente.**

## Sus derechos

### Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia de sus registros médicos y de reclamaciones
- Corregir sus registros médicos y de reclamaciones
- Solicitar comunicación confidencial
- Solicitar que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellas personas con las que hemos compartido su información
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad
- Elegir a alguien para que actúe en su nombre
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad

» **Consulte la página 1 y 2** para *más información acerca de estos derechos y cómo ejercerlos*

## Sus opciones

### Tiene algunas opciones en cuanto a la forma en que utilizamos y compartimos información, ya que:

- Respondemos a las preguntas de su familia y amigos sobre la cobertura
- Proporcionamos ayuda en caso de desastre
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información

» **Consulte la página 3** para *más información acerca de estas opciones y cómo ejercerlas*

## Nuestros usos y divulgaciones

### Podemos usar y compartir su información para:

- Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe
- Dirigir nuestra organización
- Pagar por sus servicios médicos
- Administrar su plan de salud
- Ayudar en asuntos de salud y seguridad pública
- Investigar
- Respetar la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o un director de funeraria
- Gestionar la compensación para trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a las demandas y acciones legales

» **Consulte las páginas 3 y 4** para *más información acerca de estas opciones y cómo ejercerlas*

### Quando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección le explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

#### Obtenga una copia de sus registros médicos y de reclamaciones

- Usted puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros médicos y de reclamaciones, así como otra información médica que tengamos sobre usted. Pregunte cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamaciones, por lo general en un plazo de 30 días a partir de su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable basada en los costos.

#### Solicite correcciones en sus registros médicos y de reclamaciones

- Puede pedir que corrijamos sus registros médicos y de reclamaciones si considera que son inexactos o incompletos. Pregunte cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le indicaremos la razón por escrito en un plazo de 60 días.

#### Solicite comunicación confidencial

- Usted puede pedirnos que lo contactemos de una forma específica (por ejemplo, por teléfono de casa o de oficina) o que le enviemos el correo a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables, y debemos decir "sí" si usted nos indica que estaría en peligro si no lo hacemos.

#### Solicite que limitemos la información que utilizamos o compartimos

- Puede pedirnos que **no** usemos o compartamos cierta información médica para tratamientos, pagos o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si eso afectaría su cuidado.

#### Obtenga una lista de aquellas personas con las que hemos compartido información

- Puede pedir una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica de los seis años anteriores a la fecha que solicite, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas por tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que usted nos haya solicitado). Proporcionaremos un informe al año de manera gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si solicita otro en un plazo de 12 meses.

#### Obtenga una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de esta notificación en cualquier momento, incluso si usted aceptó recibir la notificación por vía electrónica. Le brindaremos una copia impresa inmediatamente.

#### Elija a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted ha otorgado poder notarial médico a alguien o si alguien es su tutor legal, dicha persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones en cuanto a su información médica.
- Nos aseguraremos que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de que actuemos.

---

## **Presente una queja si considera que sus derechos fueron violados**

- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos al comunicarse con nosotros utilizando la información que se encuentra en la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalia en su contra por presentar una queja.

## Sus opciones

**En el caso de cierta información médica, puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos.** Si tiene una preferencia concreta sobre cómo compartimos su información en las siguientes situaciones, hable con nosotros. Indíquenos lo que desea que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

### En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos, u otras personas involucradas en el pago de su cuidado
- Compartamos información en una situación donde se necesita ayuda en caso de desastre

*Si no puede indicarnos su preferencia, por ejemplo, en caso de que esté inconsciente, podemos continuar y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad.*

### En estos casos *nunca* compartimos su información, a menos que usted nos otorgue permiso por escrito:

- Por fines de mercadeo
- La venta de su información
- La mayoría de las notas de psicoterapia

## Nuestros usos y divulgaciones

### ¿Cómo solemos utilizar o compartir su información médica?

Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

### Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe

- Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que le están tratando.

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

### Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.
- **No tenemos permitido utilizar información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio de la misma.** Esto no aplica a los planes de cuidado a largo plazo.

*Ejemplo: utilizamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.*

### Pagar por sus servicios médicos

- Podemos utilizar y divulgar su información médica mientras pagamos por sus servicios médicos.

*Ejemplo: compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago para su tratamiento dental.*

### Administrar su plan

- Podemos divulgar su información médica a su patrocinador del plan de salud para la administración del plan.

*Ejemplo: su compañía nos contrata para que le proporcionemos un plan de salud, y nosotros le brindamos a su compañía ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.*

## ¿De qué otra forma podemos utilizar o compartir su información médica?

Se nos permite o se nos obliga a compartir su información de otras maneras, por lo general, en maneras que contribuyen al beneficio común, como a la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones ante la ley antes de que podamos compartir su información para dichos 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)

---

### Ayudar en asuntos de salud y seguridad pública

- Podemos compartir información médica sobre usted en determinadas situaciones, como:
  - » Prevenir enfermedades
  - » Ayudar a retirar productos del mercado
  - » Informar de reacciones adversas a medicamentos
  - » Informar sobre sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
  - » Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona

---

### Investigar

- Podemos utilizar o compartir su información para realizar investigaciones médicas.

---

### Respetar la ley

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este desea comprobar que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

---

### Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o un director de funeraria

- Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir información médica con un encargado de investigar las muertes, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona muere.

---

### Gestionar la compensación para trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
  - » Para las reclamaciones de compensación para trabajadores
  - » Con fines de cumplir la ley o con un agente policial
  - » Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
  - » Para tareas gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

---

### Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una judicial.

- 
- I. El OHA puede utilizar o divulgar la información médica protegida (Protected Health Information (PHI, por sus siglas en inglés)) de los formularios de inscripción para determinar cuáles son los programas para los que usted es elegible o qué clase de cobertura debería recibir.
  - II. El OHA sigue los requisitos de las leyes federales y estatales de privacidad, incluidas las leyes sobre el abuso y el tratamiento de drogas y alcohol, y las enfermedades y el tratamiento de la salud mental.
  - III. El OHA puede utilizar o divulgar los registros de abuso de sustancias solo si la persona o la empresa que los recibe tiene un acuerdo especializado con el OHA.
  - IV. Si el OHA divulga información a otra persona con su aprobación, es posible que la información no esté protegida por las normas de privacidad y la persona que recibe la información puede no tener que proteger la información. Pueden divulgar su información a otra persona sin su aprobación.

## Nuestras responsabilidades

---

- La ley nos obliga a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si ocurre una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y proporcionarle una copia.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita en este documento, a menos que nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

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 en los términos de esta notificación

Podemos cambiar los términos de esta notificación, y los cambios aplicarán a toda la información que tenemos acerca de usted. La nueva notificación estará disponible si lo solicita, en nuestra página web, y le enviaremos una copia por correo.

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

***Esta Notificación de prácticas de privacidad aplica al Oregon Health Authority y a sus socios comerciales, incluyendo al Departamento de Servicios Humanos de Oregon.***

***Para hacer uso de cualquiera de los derechos de privacidad mencionados anteriormente, puede comunicarse con su oficina local del OHA.***

***Para solicitar esta notificación en otro idioma, en letra grande, en braille o en otro formato llame al 503-378-3486, Fax 503-373-7690 o al TTY 503-378-3523. Está disponible en inglés y traducido al español, ruso, vietnamita, somalí, árabe, coreano, portugués, chino tradicional, chino simplificado, 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

***Esta Notificación de prácticas de privacidad está disponible como una publicación independiente:***  
<https://sharedsystems.ODHSoha.state.or.us/ODHSForms/Served/ms2090.pdf>

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que prefiera. Comuníquese con la Oficina de publicaciones y servicios creativos al 503-378-3486, 711 para TTY, o por correo electrónico a [DHS-OHA.PublicationRequest@dhssoha.state.or.us](mailto:DHS-OHA.PublicationRequest@dhssoha.state.or.us).

OHA 3968 (05/2022) Spanish