

INTEGRATIVE HEALTH SOLUTIONS

PORTLAND
URGENT CARE



PORTLAND
WELLNESS CARE

4160 NE Sandy Blvd, Suite 1200
Portland, OR 97212
Tel: (503) 249-9000 Fax: (503) 719-6829
www.portlandurgentcare.com

4160 NE Sandy Blvd., Suite 1100
Portland, OR 97212
Tel: (971) 379-2455 Fax: (503) 477-9958
www.portlandwellnesscare.com

AVISO CONJUNTO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD Y AVISO DE ACUERDO ORGANIZADO DE ATENCION MEDICA

Este es un Aviso Conjunto de Practicas de Privacidad de:
Urgent Care Express, P.C. dba Portland Urgent Care
Portland Wellness Care, P.C.

Efectivo Fecha: Febrero 16, 2026

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE

Si tiene preguntas acerca de este aviso, por favor comuníquese con el Departamento de Registros Médicos de nuestra oficina a 503-249-9000 o 971-379-2455.

1. QUIEN DEBE SEGUIR ESTE AVISO Este aviso describe como se seguirá las prácticas de privacidad por nuestros empleados, personal y/ u otro personal de la oficina.

2. SU INFORMACION DE SALUD Este aviso aplica a la información y archivos que tenemos de su salud, estado de salud e cuidados y servicios que usted recibe en esta oficina. Su información de salud creada y recibida por esta oficina puede estar en forma de registros escritos o electrónicos o palabras habladas, y puede incluir información sobre su historial de salud física o mental pasado, presente o futuro, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas, actividad de facturación relacionada y tipos similares de información relacionada con la salud. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información de salud protegida y darle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Le informará sobre las formas en que podemos usar y divulgar su información de salud y describe sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de esa información.

3. ACUERDO ORGANIZADO DE ATENCIÓN MÉDICA Tanto Urgent Care Express, P.C. dba Portland Urgent Care y Portland Wellness Care, P.C. son participantes en un Acuerdo Organizado de Atención Médica a los efectos de los requisitos federales de privacidad y, en consecuencia, pueden compartir información sobre usted entre sí para fines de tratamiento, pago y operaciones, como se describe en este aviso. Como se usa en este aviso, las palabras "nosotros", "nuestro" y "nosotros" se refieren colectivamente a Urgent Care Express, P.C. dba Portland Urgent Care y Portland Wellness Care, P.C.

4. COMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACION MEDICA SOBRE USTED

Podemos usar y divulgar información para los siguientes propósitos:

a. PARA TRATAMIENTO Podemos usar o divulgar su información de salud para brindarle tratamiento servicios médicos. Podemos divulgar su información de salud a médicos, enfermeras, técnicos, personal de oficina u otro personal que participe en el cuidado de usted y su salud. Por ejemplo, es posible que su médico lo esté tratando por una afección cardíaca y necesite saber si tiene otros problemas de salud que podrían complicar su tratamiento. El médico puede usar su historial médico para decidir qué tratamiento es mejor para usted. El médico también puede informar a otro médico acerca de su condición para que el médico pueda ayudar a determinar el cuidado apropiado para usted. Distintos miembros del personal de nuestra oficina pueden compartir información sobre usted y divulgar

INTEGRATIVE HEALTH SOLUTIONS

PORTLAND
URGENT CARE



PORTLAND
WELLNESS CARE

información a personas que no trabajan en nuestra oficina para coordinar su atención, como llamar por teléfono a las recetas a su farmacia, programar análisis de laboratorio y solicitar radiografías. Los miembros de la familia y otros proveedores de atención médica pueden ser parte de su atención médica fuera de este consultorio y pueden requerir información sobre usted que tenemos.

b. PARA PAGOS Podemos usar y divulgar su información de salud para que el tratamiento y los servicios que reciba en esta oficina puedan facturarse y el pago pueda cobrarse a usted, una compañía de seguros o un tercero. Por ejemplo, es posible que debamos brindarle a su plan de salud información sobre un servicio que recibió aquí para que su plan de salud nos pague o le reembolse el servicio. También podemos informarle a su plan de salud sobre un tratamiento que va a recibir para obtener una aprobación previa o para determinar si su plan pagará por el tratamiento. Podríamos compartir su información con nuestra agencia de colección Collect Northwest y sus afiliados. Podríamos dejarle coreos de voz o contestadores automáticos. Podríamos enviarle coreos electrónicos y mensajes de texto. Tarifas estándar de mensajes y datos pueden aplicar por parte de su proveedor de celular.

c. PARA OPERACIONES DE ATENCION MEDICA Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para administrar la oficina y asegurarnos de que nuestros otros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar su información de salud para evaluar el desempeño de nuestro personal en el cuidado de usted. También podemos usar la información médica sobre todos o muchos de nuestros pacientes para ayudarnos a decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, cómo podemos ser más eficientes o si ciertos tratamientos nuevos son efectivos. También podemos usar la información de salud para obtener servicios legales o llevar a cabo programas de cumplimiento o funciones de auditoría. También podemos divulgar su información de salud a los planes de salud que le brindan cobertura de seguro y otros proveedores de atención médica que lo atienden. Nuestras divulgaciones de su información de salud a planes y otros proveedores pueden tener el propósito de ayudar a estos planes y proveedores a brindar o mejorar la atención, reducir costos, coordinar y administrar la atención y los servicios de salud, capacitar al personal y cumplir con la ley.

d. SOCIOS COMERCIALES Podemos compartir su información de salud protegida con "socios comerciales" de terceros que realizan diversas actividades (por ejemplo, facturación, servicios de transcripción, servicios de contabilidad, servicios legales) para la práctica. Siempre que un acuerdo entre nuestra oficina y un socio comercial involucre el uso o la divulgación de su información médica protegida, tendremos un contrato por escrito que contenga términos que protegerán la privacidad de su información médica protegida.

e. RECORDATORIOS DE CITAS Es posible que nos comuniquemos con usted para recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento o atención médica en el consultorio. Podemos dejar mensajes en el correo de voz o contestadores automáticos. Podríamos enviarle coreos electrónicos o mensajes de texto. Tarifas estándar de mensajes y datos pueden aplicar por parte de su proveedor de celular.

f. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO Podemos informarle o recomendarle posibles opciones de tratamiento o alternativas que puedan ser de su interés o beneficiosas para la gestión de su caso o la coordinación de la atención.

g. PRODUCTOS Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD Podemos informarle sobre productos o servicios relacionados con la salud que pueden ser de su interés o beneficiosos para la gestión de su caso o la coordinación de la atención. Notifíquenos si no desea ser contactado para recordatorios de citas, o si no desea recibir comunicaciones sobre alternativas de tratamiento o productos y servicios relacionados con la salud. Si nos informa por escrito (a la dirección que figura en la parte superior del aviso) o por correo electrónico a contact@portlandurgentcare.com, o al darse de baja a cualquier correo electrónico o mensaje de texto (responder PARAR) que contiene información de productos y servicios, que no desea recibir dichas comunicaciones, no utilizaremos ni divulgaremos su información para estos fines. Tarifas estándar de mensajes y datos pueden aplicar por parte de su proveedor de celular.

INTEGRATIVE HEALTH SOLUTIONS

PORTLAND
URGENT CARE



PORTLAND
WELLNESS CARE

5. **SITUACIONES ESPECIALES** Podemos usar o divulgar su información de salud para los siguientes propósitos, sujeto a todos los requisitos y limitaciones legales aplicables:

- a. **PARA EVITAR UNA AMENAZA GRAVE A LA SALUD O LA SEGURIDAD; SOCORRO EN CASO DE DESASTRES** Podemos usar y divulgar su información de salud cuando sea necesario (i) para evitar amenazas graves a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público o de otra persona, o (ii) para identificar, ubicar o notificar a su familia, miembros o personas responsables de usted en un esfuerzo de socorro en caso de desastre.
- b. **REQUERIDO POR LA LEY** Divulgaremos su información de salud cuando así lo exija la ley federal, estatal o local. En la medida que tengamos sus registros como paciente con trastorno por uso de sustancias, sujeto a la parte 2 del título 42 del CFR, no compartiremos esa información para investigaciones o procedimientos legales en su contra sin (1) su consentimiento por escrito o (2) una orden judicial y una citación.
- c. **INVESTIGACION** Podemos usar y divulgar su información de salud para proyectos de investigación que están sujetos a un proceso de aprobación especial. Le pediremos su permiso si el investigador tendrá acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quién es usted o quién estará involucrado en su atención en la oficina.
- d. **DONACION DE ORGANOS Y TEJIDOS** Si usted es donante de órganos, Podemos divulgar información de salud a organizaciones que manejan la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar dicha donación y trasplante.
- e. **MILITARES, VETERANOS, INTELIGENCIA DE SEGURIDAD NACIONAL** Si usted es o fue miembro de las fuerzas armadas, o parte de las comunidades de inteligencia o seguridad nacional, es posible que el comando militar u otras autoridades gubernamentales nos soliciten que divulguemos su información de salud. También podemos divulgar información sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.
- f. **COMPENSACION DE TRABAJADORES** Podemos divulgar información de salud sobre usted para compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- g. **RIESGOS PARA LA SALUD PUBLICA** Podemos divulgar su información médica por razones de salud pública para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; o reportar nacimientos, muertes, sospechas de abuso o negligencia, lesiones físicas no accidentales, reacciones a medicamentos o problemas con productos.
- h. **ACTIVIDADES DE SUPERVISION DE LA SALUD** Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de la salud para fines de auditorías, investigaciones, inspecciones o licencias. Estas divulgaciones pueden ser necesarias para que ciertas agencias estatales y federales supervisen el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- i. **DEMANDAS Y DISPUTAS** Si está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. Sujeto a todos los requisitos legales aplicables, también podemos divulgar su información de salud en respuesta a una citación.
- j. **CUMPLIMIENTO DE LA LEY** Podemos divulgar información de salud si así lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley en respuesta a una orden judicial, citación, mandato judicial, citación o proceso similar, sujeto a todos los requisitos legales aplicables.

INTEGRATIVE HEALTH SOLUTIONS

PORTLAND
URGENT CARE



PORTLAND
WELLNESS CARE

k. **MEDICOS FORENSES, EXAMINADORES MEDICOS Y DIRECTORES DE FUNERARIAS** Podemos divulgar información de salud a un médico forense, un médico forense o un director de funeraria. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida para determinar la causa de la muerte.

l. **INFORMACION NO IDENTIFICABLE PERSONALMENTE** Podemos divulgar información médica sobre usted de una manera que no lo identifique personalmente ni revele quién es usted.

m. **FAMILIARES Y AMIGOS** Podemos divulgar información médica sobre usted a sus familiares o amigos si obtenemos un acuerdo verbal para hacerlo o si le damos la oportunidad de oponerse a dicha divulgación y usted no presenta una objeción. También podemos divulgar información de salud a su familia o amigos si podemos inferir de las circunstancias, según nuestro juicio profesional, que usted no se opondría. Por ejemplo, podemos suponer que está de acuerdo con nuestra divulgación o su información de salud personal a su cónyuge cuando trae a su cónyuge con usted a la sala de examen durante el tratamiento o mientras se analiza el tratamiento. En situaciones en las que no pueda dar su consentimiento (porque no está presente debido a su incapacidad o emergencia médica), podemos, utilizando nuestro criterio profesional, determinar que una divulgación a su familiar o amigo es lo mejor para usted. En esa situación, divulgaremos solo la información de salud relevante para la participación de la persona en su atención. Por ejemplo, podemos informar a la persona que lo acompañó a la visita que sufrió un ataque al corazón y brindarle actualizaciones sobre su progreso y pronóstico. También podemos usar nuestro juicio profesional y nuestra experiencia para hacer inferencias razonables de que lo mejor para usted es permitir que otra persona actúe en su nombre para recoger, por ejemplo, recetas surtidas, suministros médicos o radiografías.

n. **RECLUSOS** Podemos divulgar su información de salud a una institución correccional (si es un recluso) o a un oficial de la ley (si está bajo la custodia de ese oficial) según sea necesario (i) para que la institución le brinde atención médica, (ii) para proteger su salud y seguridad o la de otros, o (iii) para la seguridad y protección de la institución correccional.

6. **OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACION MEDICA** No usaremos ni divulgaremos su información médica para ningún otro propósito que no sea el identificado en las secciones anteriores sin su autorización específica por escrito, por escrito, en ningún momento. Si revoca su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos información sobre usted por los motivos cubiertos por su autorización por escrito, pero no podemos retirar ningún uso o divulgación que ya se haya hecho con su permiso. En algunos casos, es posible que necesitemos una autorización específica por escrito de su parte para divulgar ciertos tipos de información especialmente protegida, como VIH, abuso de sustancias, salud mental e información de pruebas genéticas. **En todos los casos, incluidos los que se enumeran a continuación**, si tenemos registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias sobre usted, sujeto a la parte 2 del título 42 del CFR, no podemos usar ni compartir información en esos registros en investigaciones o procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra sin (1) su consentimiento o (2) una orden judicial y una citación.

7. **SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACION MEDICA SOBRE USTED** Tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted.

a. **DERECHO A INSPECCIONAR Y COPIAR** Tiene derecho a inspeccionar y copiar su información de salud, como registros médicos y de facturación, que conservamos y usamos para tomar decisiones sobre su atención. Debe presentar una solicitud por escrito a nuestro departamento de registros médicos para inspeccionar y/o copiar los registros de su información de salud. Si solicita una copia de la información, podemos cobrar una tarifa por los costos de copia, envío por correo u otros suministros asociados. Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y/o copiar registros en ciertas circunstancias limitadas, incluida la información compilada con anticipación razonable o el uso en una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, y la información de salud protegida que está sujeta a la ley que prohíbe acceso a la información protegida de salud. Si se le niegan las copias o el acceso a la información de salud que mantenemos sobre usted, puede solicitar que se revise nuestra denegación. Si la ley le da derecho a que se revise nuestra denegación, seleccionaremos a un profesional de la salud con licencia para que revise su solicitud y

INTEGRATIVE HEALTH SOLUTIONS

PORTLAND
URGENT CARE



PORTLAND
WELLNESS CARE

nuestra denegación. La persona que realice la revisión no será la persona que rechazó su solicitud y cumpliremos con el resultado de la revisión.

b. DERECHO A ENMENDAR Si cree que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que enmendemos la información. Tiene derecho a solicitar una enmienda siempre que esta oficina conserve la información. Para solicitar una enmienda, complete y envíe un FORMULARIO DE ENMIENDA/CORRECCIÓN DE REGISTRO MÉDICO a nuestro departamento de Registros Médicos. Podemos denegar su solicitud de enmienda si su solicitud no está por escrito o no incluye una razón para respaldar la solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que:

- 1) No creamos, a menos que la persona o entidad que creo la información ya no este disponible para realizar la modificación.
- 2) No es parte de la información de salud que guardamos.
- 3) No se le permitiría inspeccionar y copiar.
- 4) Es precisa y completa.

Si rechazamos su solicitud de enmienda, tiene derecho a presentarnos una declaración de desacuerdo, y podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación.

c. DERECHO A UNA CONTABILIDAD DE LAS DIVULGACIONES Tiene derecho a solicitar una “contabilidad de las divulgaciones”. Esta es una lista de las divulgaciones que hicimos de su información médica para fines que no sean tratamiento, pago, operaciones de atención médica y un número limitado de circunstancias especiales relacionadas con la seguridad nacional, las instituciones correccionales y la aplicación de la ley. La lista también excluirá cualquier divulgación que hayamos realizado con base en su autorización por escrito. Para obtener esta lista, debe presentar su solicitud por escrito a nuestro departamento de Registros Médicos. Debe indicar un período de tiempo, que no puede ser mayor a seis años y no puede incluir fechas anteriores al 1 de enero de 2005. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, en papel, electrónicamente). La primera lista que solicite en un plazo de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos el costo involucrado y puede optar por retirar o modificar su solicitud en el momento antes de que se incurra en los costos.

d. DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en la información de salud que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de la misma, como un familiar o amigo. Por ejemplo, puede solicitar que no usemos ni divulguemos información sobre una cirugía que haya tenido. Puede realizar esta solicitud enviando una solicitud por escrito a nuestro departamento de registros médicos. No estamos obligados a aceptar su solicitud, a menos que (i) solicite restringir la divulgación de su información médica protegida a un plan de salud con el fin de realizar operaciones de pago o de atención médica y (ii) la información médica protegida se relacione únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el cual nos pagó en su totalidad de su bolsillo (no a través de un seguro), en cuyo caso aceptaremos dicha solicitud de restricción. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle un tratamiento de emergencia o que la ley nos exija usar o divulgar la información. Para solicitar restricciones, puede completar y enviar la SOLICITUD DE RESTRICCIONES EN EL USO/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA a nuestro departamento de Registros Médicos.

INTEGRATIVE HEALTH SOLUTIONS

PORTLAND
URGENT CARE



PORTLAND
WELLNESS CARE

- e. **DERECHO A SOLICITAR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, puede completar y enviar la SOLICITUD DE RESTRICCIÓN DE USO/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA Y/O COMUNICACIONES CONFIDENCIALES a nuestro departamento de Registros Médicos. No le preguntaremos el motivo de la solicitud. Daremos cabida a todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.
- f. **DERECHO A UNA COPIA IMPRESA DE ESTE AVISO** Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente, todavía tiene derecho a una copia impresa. Para obtener dicha copia, comuníquese con nuestro departamento de registros médicos.
- g. **DERECHO A LA NOTIFICACION DE DIVULGACIONES NO AUTORIZADAS** Tiene derecho a ser informado de cualquier divulgación no autorizada de su información de salud protegida no segura. Esto significa que si nosotros o nuestros proveedores de servicios permitimos indebidamente el acceso a su información de salud no segura de una manera que comprometa esa información, le enviaremos un aviso oportuno de esa infracción.
8. **CAMBIOS A ESTE AVISO** Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y hacer que el aviso revisado o modificado sea efectivo para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos el aviso actual o un resumen del aviso actual en la oficina con su fecha de vigencia en la esquina superior derecha. Tiene derecho a una copia del aviso actualmente en vigor.
9. **QUEJAS** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nuestra oficina o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja en nuestra oficina, comuníquese con el administrador de Urgent Care Express, P.C. dba Portland Urgent Care al 503-249-9000 y para Portland Wellness Care, P.C. a 971-379-2455. Usted no será penalizado por presentar una queja.