



## AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LCSNW

*Fecha de entrada en vigor: 16 de febrero de 2026*

### ESTE AVISO DESCRIBE:

- **CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA**
- **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA**
- **CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE UNA VIOLACIÓN DE LA PRIVACIDAD O SEGURIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA, O DE SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN**

**USTED TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTE AVISO (EN PAPEL O EN FORMA ELECTRÓNICA) Y A DISCUTIRLO CON EL DIRECTOR DE EXCELENCIA ORGANIZACIONAL AL 206-816-3209 O [HIPAA@LCSNW.ORG](mailto:HIPAA@LCSNW.ORG) SI TIENE ALGUNA PREGUNTA.**

Lutheran Community Services Northwest (LCSNW) es una entidad híbrida en la que algunos programas están cubiertos por HIPAA y otros no lo están. Este Aviso sobre las Prácticas de Privacidad (NPP, por sus siglas en inglés) y los requisitos HIPAA solamente se aplican a los programas cubiertos.

En LCSNW, Safe Route Immigration (SRI) no está cubierto por HIPAA. SRI incluye a los abogados y el personal de inmigración cuyo trabajo es asistir a los clientes con solicitudes para mejorar su situación migratoria y/u otros beneficios de inmigración. Los demás programas de LCSNW sí están cubiertos por HIPAA y este NPP.

### **NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD:**

Entendemos que su información de salud es personal, y estamos obligados por ley a proteger tal información. También estamos obligados a proporcionarle este Aviso, que debemos respetar y que explica nuestros deberes legales y nuestras prácticas de privacidad.

### **CÓMO PODRÍAMOS UTILIZAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED:**

Nuestros usos y revelaciones de su información de salud caen en las siguientes categorías. No utilizaremos ni revelaremos su información de salud para ningún otro propósito, a menos que usted nos dé autorización por escrito para hacerlo. Usted puede revocar una autorización en cualquier momento y por escrito, salvo en la medida en que pudiéramos haber actuado sobre la base del uso o la revelación indicados en la autorización.

**Aviso de nueva divulgación.** La información que divulgamos bajo este aviso puede estar sujeta a nuevas divulgaciones por parte de la persona o la organización que la recibe, y es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad, incluida la HIPAA.

#### **A. Usos y revelaciones para tratamiento, pago y operaciones.**

- **Para tratamiento.** Es posible que utilicemos y revelemos su información de salud para actividades de tratamiento. Por ejemplo, un asesor de LCSNW podría necesitar saber si usted está recibiendo otros servicios en LCSNW. Además, es posible que participemos en una red de Intercambio de Información de Salud (HIE por sus siglas en inglés), la cual ayuda a miembros de su equipo de salud compartir información acerca de usted para servirle mejor. Por ejemplo,

LCSNW podría recibir su información de salud de hospitales, laboratorios, proveedores de servicios de salud, departamentos de salud pública, planes de salud o su aseguranza médica.

- **Para pagos.** Es posible que utilicemos y revelemos su información de salud para actividades de pagos. Por ejemplo, para obtener el pago, es posible que demos a su plan de salud información sobre su atención.
- **Para operaciones de atención a la salud.** Es posible que utilicemos y revelemos su información de salud para respaldar nuestras actividades operativas. Por ejemplo, es posible que utilicemos información de salud para evaluar nuestros servicios.

**B. Usos y revelaciones de su información de salud que podríamos hacer, a menos que usted objete.**

- **Recordatorios de citas.** Es posible que utilicemos y revelemos información de salud para ponernos en contacto con usted como recordatorio de que usted tiene una cita para servicios en LCSNW.
- **Tratamientos alternativos.** Es posible que utilicemos y revelemos información de salud para recomendarle o informarle acerca de posibles alternativas u opciones para el tratamiento que pudieran ser de interés para usted. Obtendremos su autorización primero, si recibimos un pago directo o indirecto desde un tercero por las comunicaciones.
- **Personas que participan en su atención.** Es posible que demos a conocer información de salud a una persona que participe en su atención médica o ayude a pagar su atención, a menos que usted restrinja tales revelaciones.
- **En caso de un desastre.** En caso de un desastre, es posible que revelemos su información de salud para ayudar en las tareas de socorro, coordinar la atención, e informar a su familia acerca de su condición y ubicación.
- **Directorios.** Es posible que detallemos cierta información limitada acerca de usted, incluyendo su nombre, ubicación en un establecimiento y su condición general (regular, estable, etc.) en nuestro directorio.
- **Actividades de recaudación de fondos.** Es posible que utilicemos y revelemos algunos tipos limitados de su información de salud para ponernos en contacto con usted en tareas de recaudación de dinero. Toda la documentación de la recaudación de fondos contendrá una opción para excluirse.

**C. Usos y revelaciones que es posible que hagamos sin su autorización.**

- **Exigidas por la ley.** Revelaremos su información de salud según lo exija la ley.
- **Salud o seguridad.** Es posible que utilicemos y revelemos su información de salud a una persona que pueda evitar o reducir una amenaza grave para la salud y la seguridad de usted o del público.
- **Socios comerciales.** Es posible que revelemos su información de salud a nuestros socios comerciales que desempeñan funciones o servicios en nuestro nombre.
- **Donación de órganos y tejidos.** Si usted es un donante de órganos, es posible que demos a conocer su información de salud a organizaciones de aprovisionamiento o trasplante de órganos o a un banco de donación de órganos.
- **Militares y Veteranos.** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, es posible que demos a conocer la información de salud según lo requieran las autoridades del comando militar.
- **Indemnización de trabajadores.** Es posible que demos a conocer su información de salud a programas de indemnización de trabajadores o similares.
- **Salud pública.** Es posible que revelemos su información de salud para actividades de salud pública.
- **Actividades de supervisión de la salud.** Es posible que revelemos información de salud a una agencia de supervisión de la salud.
- **Acciones legales y disputas.** Es posible que revelemos su información de salud para responder a una solicitud de revelación, citación, u orden administrativa o judicial, u otro proceso según lo permita la ley.

- **Fuerzas de la ley.** Es posible que demos a conocer su información de salud a oficiales de las fuerzas de la ley, según lo permita la ley.
- **Investigación.** Es posible que utilicemos y revelemos su información de salud para la investigación, según lo permita la ley.
- **Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias.** Es posible que demos a conocer su información de salud a un médico forense, examinador médico o director de funeraria según sea necesario.
- **Actividades de seguridad nacional e inteligencia.** Es posible que demos a conocer su información de salud a funcionarios federales, según se autorice para propósitos de inteligencia y otros propósitos de seguridad nacional.
- **Servicios de protección para el Presidente y otros.** Es posible que revelemos su información de salud a funcionarios autorizados para la protección del Presidente y otros.
- **Reclusos o personas bajo custodia.** Si usted es un recluso, es posible que demos a conocer su información de salud a la institución correccional apropiada o a los oficiales de las fuerzas de la ley.

**D. Usos y revelaciones que requieren su autorización**

- **Notas de psicoterapia.** La mayor parte de los usos y las revelaciones de sus notas de psicoterapia que se mantienen por separado del resto de su registro, por parte de su asesor de salud mental, requiere su autorización.
- **Fines de comercialización y venta.** Los usos y revelaciones con fines de comercialización o las revelaciones que constituyen una "venta" de su información de salud requieren su autorización.
- **Otros usos y revelaciones.** Los usos y revelaciones diferentes a los descritos en este Aviso solo se realizarán con su autorización por escrito.

**E. Confidencialidad de los registros de trastornos por consumo de sustancias (SUD) (42 C.F.R. Parte 2)**

Si recibe servicios de uno de los programas de trastornos por consumo de sustancias de LCSNW asistidos por el gobierno federal, ciertos registros sobre usted ("Registros de la Parte 2") están protegidos por la ley federal, incluyendo 42 U.S.C. § 290dd-2 y 42 C.F.R. Parte 2.

- **Se aplican reglas más estrictas.** La Parte 2 generalmente ofrece una protección mayor que la HIPAA. Incluso si la HIPAA permitiera de otra manera los usos y las divulgaciones descritos en este aviso, incluidos los usos para tratamiento, pago, operaciones de atención médica, cumplimiento de la ley y procesos legales, dichos usos y divulgaciones están materialmente limitados para los Registros de la Parte 2 y solo se pueden realizar según lo permita 42 C.F.R. Parte 2.
- **Regla general: a menudo se requiere consentimiento por escrito.** Por lo general, no podemos revelar que usted asiste a un programa de la Parte 2 ni revelar información que lo identifique como persona con un trastorno por consumo de sustancias a menos que la Parte 2 lo permita. Por ejemplo, la divulgación de registros de la Parte 2 a otro proveedor de atención médica, un plan de salud u otros terceros generalmente requieren su consentimiento por escrito que cumpla con los requisitos de la Parte 2, a menos que la Parte 2 permita la divulgación sin consentimiento. La Parte 2 puede permitir la divulgación en circunstancias limitadas como: (i) lo autorizado por una orden judicial de la Parte 2, o (ii) una emergencia médica, o (iii) a personal calificado para ciertas actividades de investigación, auditoría o evaluación de programas.
- **Revocación:** Puede revocar un consentimiento por escrito para el uso o la divulgación de los registros de la Parte 2 según lo dispuesto en 42 C.F.R. §§ 2.31 y 2.35.
- **Consentimiento único para futuras TPO; posible redivulgación.** Puede proporcionar un único consentimiento por escrito que permita el uso y la divulgación de los registros de la Parte 2 para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica para todos los usos o divulgaciones futuros, según lo permita 42 C.F.R. Parte 2. Los registros de la Parte 2 divulgados a un programa de la Parte 2, una entidad cubierta por HIPAA o un socio comercial de conformidad con dicho

consentimiento pueden ser divulgados en el futuro por ese programa de la Parte 2, esa entidad cubierta o ese socio comercial sin su consentimiento por escrito, en la medida en que las regulaciones de HIPAA permitan dicha divulgación.

- **Procedimientos en su contra.** Los registros de la Parte 2 (y los testimonios que transmiten su contenido) no se utilizarán ni divulgarán en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra, a menos que se cuente con su consentimiento por escrito y cumplan con los requisitos de la Parte 2, o se basen en una orden judicial de la Parte 2 emitida después del aviso y se le brinde a usted o al titular del registro la oportunidad de ser escuchado. Cualquier orden judicial que autorice el uso o la divulgación debe estar acompañada de una citación u otro requisito legal que obligue a la divulgación antes de que se utilice o divulgue el registro solicitado.
- **Otros usos y divulgaciones.** Para los registros de la Parte 2, haremos usos y divulgaciones no descritos en este aviso solo con su consentimiento por escrito que cumpla con los requisitos de la Parte 2, a menos que la Parte 2 permita o requiera lo contrario.
- **Derechos del paciente (registros de la Parte 2).** Además de los derechos descritos en otras partes de este aviso, si la información es un registro de la Parte 2, se aplican protecciones y derechos adicionales según 42 C.F.R. Parte 2, que incluyen:
  - el derecho a solicitar restricciones sobre ciertas divulgaciones realizadas con su consentimiento previo para tratamiento, pago y operaciones de atención médica;
  - el derecho a solicitar una lista de las divulgaciones realizadas por un intermediario durante los últimos 3 años, cuando corresponda; y
  - el derecho a discutir este aviso con la persona de contacto identificada en este aviso.

Puede ejercer cualquiera de estos derechos llamando a nuestro Oficial de Privacidad al 206-816-3209 o [HIPAA@LCSNW.ORG](mailto:HIPAA@LCSNW.ORG)

- **Recaudación de fondos.** Si LCSNW usa o divulga los registros de la Parte 2 para actividades de recaudación de fondos para obtener beneficios para LCSNW, se le brindará una oportunidad clara y visible de elegir no recibir comunicaciones de recaudación de fondos.
- **Alcance.** Estas protecciones de la Parte 2 se aplican únicamente a los registros de la Parte 2 mantenidos por los programas de la Parte 2 de LCSNW y no se aplican a los servicios o registros de LCSNW fuera de los programas de la Parte 2.

## **SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD ACERCA DE USTED:**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información de salud que mantenemos acerca de usted:

- **Derecho a inspeccionar y copiar.** Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar su información de salud por una tarifa. Es posible que deneguemos la inspección y la copia en circunstancias limitadas.
- **Derecho a corregir.** Usted puede solicitar, por escrito, que corrijamos la información acerca de su atención a la salud que LCSNW conserva. Es posible que deneguemos su solicitud de corrección en ciertas circunstancias.
- **Derecho a una contabilidad de las revelaciones.** Usted tiene derecho a solicitar, por escrito, una contabilidad de las revelaciones de su información de salud.
- **Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar, por escrito, una restricción de nuestro uso o revelación de su información de salud para operaciones de tratamiento, pago o atención a la salud. No estamos obligados a acceder a tal restricción, a menos que la revelación sea a un plan de salud para el pago o para operaciones de atención a la salud y se refiera solamente a un artículo o servicio por el cual usted haya pagado por completo como desembolso.
- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Usted tiene derecho a solicitar, por escrito, que nos comuniquemos con usted acerca de los asuntos de salud de una determinada manera con

el fin de mantener la confidencialidad. Accederemos a las solicitudes razonables acerca de la comunicación.

- **Derecho a ser notificado sobre cualquier incumplimiento.** Usted tiene derecho a ser notificado si descubrimos un incumplimiento de su información de salud no protegida.
- **Derecho a una copia impresa de este Aviso.** En cualquier momento, usted tiene derecho a una copia impresa de este Aviso, incluso si ha accedido a recibir este Aviso de manera electrónica.

#### **CAMBIOS EN ESTE AVISO:**

Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento. El Aviso revisado se aplicará a toda la información de su salud que mantenemos. Le proporcionaremos un aviso revisado cuando usted visite LCSNW, a través de nuestro sitio Web ([www.lcsnw.org](http://www.lcsnw.org)), o por correo, si lo solicita.

#### **Reclamos:**

Si usted considera que se han violado sus derechos a la privacidad, puede presentar una queja con nosotros, llamando al 206-816-3209 y preguntando por nuestro Funcionario de Privacidad. También puede presentar un reclamo ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. El Funcionario de Privacidad puede ofrecerle información sobre cómo presentar un reclamo. ***No se le sancionará por presentar un reclamo.***