



DT79610

PLACE PATIENT
ID LABEL INSIDE BOX

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF JOINT NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Rady Children's Hospital San Diego and the Members of its Medical Staff, Children's Specialists of San Diego, Children's Primary Care Medical Group, and UCSD Pediatric Associates have the responsibility to:

- Maintain the privacy of an individual's health information
- Provide a Joint Notice of Privacy Practices which describes our privacy practices
- Allow requests for restrictions on the use or disclosure of health information and notify you if we are unable to accommodate a requested restriction
- Accommodate reasonable requests to communicate with you at an alternate address or location
- Facilitate your (or your child's) right to access and amend the health record and obtain an accounting of certain disclosures of health information

We will not use or disclose your (or your child's) health information without your authorization, except as described in our Joint Notice of Privacy Practices.

In addition, we reserve the right to change our privacy practices and to make the new provisions effective for the health information we maintain. If our privacy practices change, a revised notice will be available at the registration areas and on our websites.

Please acknowledge that you received our Joint Notice of Privacy Practices.

Signature of Patient or Legal Representative

Date

Patient's Name

Name of Legal Representative (if applicable and relationship to patient)

Please Check the Box that applies if unable to obtain a signature:

- Patient/Legal Representative received Joint Notice of Privacy Practices but refused to sign acknowledgement of receipt.
- Patient/Legal Guardian unavailable to acknowledge receipt of Joint Notice of Privacy Practices

Staff Signature

Date



ACUSO DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN CONJUNTA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

El Rady Children's Hospital San Diego y los miembros de su personal médico, el grupo de Especialistas de Niños de San Diego (Children's Specialists of San Diego), el grupo de Atención Médica Primaria de Niños (Children's Primary Care Medical Group), y el UCSD Pediatric Associates tienen la responsabilidad de:

- Mantener la privacidad de la información médica del individuo
- Proveer una Notificación Conjunta de Prácticas de Privacidad, que describa nuestras prácticas.
- Permitir solicitud de restricciones en el uso o divulgación de la información médica y notificarle si no podemos acatar una restricción solicitada.
- Complacer su petición razonable de comunicarnos con Ud. en una localidad o dirección alternativa
- Facilitar su derecho (o el de su niño) al acceso y enmienda de sus expedientes médicos, y a obtener un recuento de ciertas divulgaciones de su información médica.

No usaremos ni divulgaremos su información médica (o la de su niño) sin su autorización, excepto como se describe en nuestra Notificación Conjunta de Prácticas de Privacidad..

Además, nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y hacer efectivas las disposiciones que mantenemos para información médica. Si nuestras prácticas de privacidad cambian, una notificación revisada estará disponible en las áreas de inscripción y en nuestros sitios del Internet.

Sírvase acusar recibo de nuestra Notificación Conjunta de Prácticas de Privacidad

Firma del Paciente o su Representante Legal Fecha

Nombre del Paciente

Nombre del Representante legal (si se aplica, y parentesco con el paciente)

Si no es posible obtener una firma, sírvase marcar la casilla apropiada:

- El Paciente/Representante legal recibió la Notificación Conjunta de Prácticas de Privacidad pero se negó a firmar acuso de recibo
- El Paciente/Representante legal no estuvo disponible para acusar recibo de la Notificación Conjunta de Prácticas de Privacidad

Firma del Empleado Fecha

JOINT NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

Effective: April 14, 2003

THIS NOTICE COVERS THESE RADY CHILDREN'S HOSPITAL UNITS OR DIVISIONS:

Rady Children's Hospital - San Diego
Rady Children's Pharmacy
Rady Chadwick Center
Rady Children's Hospital Emergency Transport Service (RCHET)

Rady Children's Convalescent Hospital
Rady Children's HomeCare
Rady Children's Urgent Care Centers

Physicians and other Members of the Rady Children's Hospital Medical Staff

**THIS NOTICE COVERS THESE PARTICIPANTS IN THE
RADY CHILDREN'S HOSPITAL INTEGRATED HEALTH CARE SYSTEM**

Rady Children's Hospital - San Diego
Children's Specialists of San Diego, A Medical Group, Inc.
Children's Primary Care Medical Group, Inc.
UCSD Pediatric Associates

CONTACT INFORMATION:

Rady Children's Hospital - San Diego

Privacy Officer: (858) 576-1700 ext. 2827
Medical Records: (858) 966-4919
Web Site: www.chsd.org

Children's Specialists of San Diego, A Medical Group, Inc.

Privacy Officer: (858) 309-6285
Medical Records: (858) 309-6282
Web Site: www.childrenspecialists.com

Children's Primary Care Medical Group, Inc.

Privacy Officer: (858) 502-1115
Medical Records: (858) 636-4300
Web Site: www.cpcmg.medem.com

UCSD Pediatric Associates

Privacy Officer: (858) 502-1115
Medical Records: (858) 496-4855
Web Site: www.health.ucsd.edu



OUR PLEDGE REGARDING YOUR HEALTH INFORMATION

We understand that information about you (or your child) and your health is personal. We are committed to protecting the privacy of this information. Each time you visit a Rady Children's Hospital site or medical group office, a record of the care and services you receive is created. We need this record to provide you with quality care and to comply with certain legal requirements. This notice applies to all records of your (or your child's) care generated by any of the Rady Children's Hospital sites or medical groups listed as participants on the front sheet, whether made by health care personnel or your physician. References in this joint notice to "we", "us" or "our health care organizations" refer to all listed participants. This notice will tell you about the ways in which we may use and disclose health information about you or your child. References to "your health information" include health information about you or your child. We also describe your rights and our duties regarding the use and disclosure of health information.

OUR RESPONSIBILITIES

We have a duty and responsibility to safeguard your health information. We are required by law to maintain the privacy of your health information and to give you this notice of our duties and our privacy practices. We must follow the terms of our notice that are currently in effect.

Changes to This Notice - We reserve the right to change the terms of this notice and to make the revised terms effective for health information we already have about you as well as any information we receive in the future. A copy of the current notice will be posted at the Hospital, hospital sites and medical offices and on our Web sites. This notice will also be available at the registration area of the Hospital or medical offices.

Complaints - If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with the Hospital or the medical groups. Your care and treatment will not be affected and you will not be penalized for filing a complaint. You also have the right to complain to the Secretary of the United States Department of Health and Human Services.

HOW WE MAY USE AND DISCLOSE HEALTH INFORMATION ABOUT YOU

The following categories describe different ways that the law permits us to use and disclose your health information. For each category of uses and disclosures, we will explain what we mean and give at least one example of how we use or disclose your health information. Not every use or disclosure will be listed. However, all ways that we are permitted to use and disclose your health information will fall within one of the categories.

Treatment - We may use and disclose health information about you to provide medical treatment and services. For example, we may disclose health information about you to doctors, nurses, technicians, students, residents, other healthcare providers, other hospitals or home health agencies so they can provide care to you or coordinate your continuing care.

Payment - We may use and disclose health information about you so treatment and services you receive at or from our health care organizations may be billed and payment collected. For example, we may need to give your health information about the surgery you received at the Hospital so your health plan will pay us or reimburse you for the surgery. We also may tell your health plan about a treatment you are going to receive to obtain prior approval or to determine whether your health plan will cover the treatment.

Health Care Operations - We use and disclose information to run our health care organizations and to make sure all of our patients receive quality care and comprehensive services. For example, we may use and disclose health information for quality assurance activities such as post-discharge telephone calls to follow-up on your health status; granting medical staff privileges to physicians; administrative activities, including financial and business planning and development; patient service activities, including investigation of complaints; health education; and providing you with information about new or enhanced opportunities for care and service.

Business Associates - Some of the services or activities in our organizations are provided through contracts with business associates. For example, we may contract with

accreditation agencies, management consultants, quality assurance reviewers, billing and collection services, and accountants to provide services on our behalf. We may disclose your health information to our business associates so they can perform the service on our behalf. We require our business associates to sign a written agreement to protect your health information.

Appointment Reminders - We may use and disclose health information to contact you as a reminder that you have an appointment for treatment or medical care at our health care organizations.

Treatment Alternatives - We may use and disclose health information to tell you about or recommend possible treatment options or alternatives that may be of interest to you.

Health Related Products or Services - We may use and disclose health information to tell you about our health-related products or services that may be of interest to you.

Directory Information - We have a directory of information about hospitalized patients that includes: (1) your name; (2) your location or room number; (3) your general condition ("serious, fair, good, etc."); and (4) religious affiliation (available to clergy members only). Unless you specifically refuse to have this information in our directory, this information will be used to allow visitors to find your room, to allow florists to deliver flowers to you or to respond to questions about your general condition.

Individuals Involved in Your Care or Payment for Your Care - Unless you specifically tell us in advance not to do so, we may disclose health information about you to a friend or family member who is involved in your care or who helps pay for your care or tell your family or friends your condition and that you are in the hospital. In addition, we may disclose health information about you to organizations assisting in a disaster relief effort (such as the Red Cross) so that your family can be notified about your condition, status and location.

Fundraising - We may use health information about you to contact you to raise money for our health care organizations and their activities. The Hospital or the medical groups may disclose health information to a

related foundation or a business associate so that the foundation or business associate may contact you. If we do so, we will only release your name, address, telephone number and the dates you received services at the Hospital or medical group. If you receive a fundraising notice from us, you will be told how you can stop any future fundraising notices.

Research - Under certain circumstances, we may use and disclose health information for research purposes. For example, a research project may involve comparing the health and recovery of all patients who received one medication to those who received another medication for the same condition. All research projects are subject to a special approval process. This process evaluates a proposed research project with special consideration of the protection of individual health information. Before we use or disclose health information for research, the project will have been approved through this research approval process. Occasionally, we may disclose health information about you to people preparing to conduct a research project. For example, we may provide the researcher with information to help identify what types of patient problems might be appropriate to study as long as the health information does not leave our facility or offices and the researcher agrees to protect the health information.

As required by law - We will disclose health information about you when required by federal, state or local laws.

SPECIAL SITUATIONS THAT DO NOT REQUIRE YOUR WRITTEN AUTHORIZATION

There are some special situations where we may use or disclose your protected health information without your permission or without giving you a chance to agree or object, such as the following:

Organ and Tissue Donation - We may release health information to organizations that handle organ procurement or organ, eye or tissue transplantation, or to an organ donation bank as necessary to arrange organ, eye or tissue donation and transplantation. This release of information is not a commitment by you to donate organs, eyes or tissues.

Military Personnel - If you are a member of the United States or foreign armed forces, we may release health

information about you as required by military command or government authorities.

Worker's Compensation - We may release health information about you for worker's compensation or similar programs if you have a work related injury. These programs provide benefits for work related injuries.

To Avert a Serious Threat to Health or Safety - We may use and disclose health information about you when necessary to prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of the public or another person. Any disclosure, however, would be to someone able to help prevent harm to the health or safety of you, another person, or the public.

Health Oversight Activities - We may disclose health information to a health oversight agency for activities authorized or required by law. For example, these oversight activities may include audits, investigations, inspections and licensure. These activities are necessary for the government to monitor the health care system, government programs and compliance with civil rights and other laws.

Public Health Activities - We may disclose health information about you for public health activities. These generally include the following:

- To prevent or control disease, injury or disability.
- To report births and deaths.
- To report child abuse or neglect.
- To report reactions to medications, problems with products or other adverse events.
- To notify people of recalls of products they may be using.
- To notify a person who may have been exposed to a disease or may be at risk for contracting or spreading a disease or condition.
- To notify the appropriate government authority if we believe a patient has been the victim of abuse (including child abuse), neglect or domestic violence. We will only make this disclosure if you agree or when required or authorized by law.

Lawsuits and Disputes - If you are involved in a lawsuit or a legal dispute, we may disclose health information about you in response to a court or administrative order. We may disclose health information about you in response to a subpoena, discovery request or other

lawful process by someone else involved in the legal dispute. We would only disclose this information if efforts have been made to tell you about the request (which may include written notice to you) to allow you to obtain an order protecting the information requested or if we receive a court order protecting the information.

Law Enforcement - We may disclose health information if asked to do so by law enforcement officials for the following reasons:

- As required by law to report certain types of injuries;
- In response to a court order or court-ordered warrant, subpoena or summons or similar process;
- To provide certain limited information to identify or locate a suspect, fugitive, material witness or missing person;
- About the victim of a crime if, under certain circumstances, we are unable to obtain the person's agreement;
- About a death we believe may be the result of a criminal conduct;
- About criminal conduct at our facility; and
- In a medical emergency to report a crime, the location of the crime or victims, or the identity, description or location of the person who may have committed the crime.

Coroners, Medical Examiners and Funeral Home Directors - We may disclose health information to a coroner or medical examiner for the purpose of identifying a deceased person, determining the cause of death of a person, or other duties as required by law. We may also release health information about patients at our facility to funeral home directors as necessary to carry out their duties.

National Security and Intelligence Activities - We may disclose health information about you to authorized federal officials for intelligence, counterintelligence and other national security activities authorized by law.

Protective Services for the President and Others - We may disclose health information about you to authorized federal officials so that they may provide protection to the President, other authorized persons, or foreign heads of state or to conduct special investigations.

Inmates - If you are an inmate of a correctional facility or under the custody of a law enforcement official, we may disclose health information about you to the

correctional facility or law enforcement official. We would only do so if the health information is necessary for: providing you with health care; your health and safety or the health and safety of others; or safety and security of the correctional institution.

WITH YOUR SPECIFIC WRITTEN AUTHORIZATION

Other uses and disclosures of your health information not covered by this Notice or the laws that apply to us will only be made with your written permission or authorization. If you provide us with permission to use or disclose health information about you, you may revoke that permission, in writing, at any time. If you revoke your permission, this will stop any further use or disclosure of your health information for the purposes covered by your written permission, except if we have already acted in reliance on your permission. You understand that we are unable to take back any disclosures we have already made with your permission, and that we are required to keep our records of the care that we provided to you.

In most cases, federal or state law requires written authorization by you or your personal representative for disclosures of Drug and Alcohol Abuse Treatment; HIV and AIDS Test Results; or Mental Health Treatment.

YOUR HEALTH PRIVACY RIGHTS

You have the right to:

1. Request a restriction on certain uses and disclosures of your information. You have the right to request a restriction or limitation on the health information we use or disclose about you for treatment, payment or health care operations. You also have the right to request a limit on the health information we disclose about you to someone who is involved in your care or the payment for your care, such as a family member or friend. For example, you could ask that we not use or disclose information about a surgery you had. We are not required to agree to your request. If we do agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide you with emergency treatment. To request a restriction, you must make a request in writing to the Hospital Privacy Officer or contact person of the medical groups. In the request, you must tell us (1) what information you want to limit; (2) whether you want to limit our use or disclosure or both; and (3) to whom you want the limits to apply, for example, disclosures to a grandparent.
 2. Obtain a paper copy of this Notice of Privacy Practices upon request. You have a right to a paper copy of this notice. You may ask us to give you a copy of this notice at any time. Even if you agreed to receive this notice electronically, you are still entitled to a paper copy of this notice. You may obtain a copy of this notice at any of our Web sites. To obtain a paper copy of this notice, contact the Hospital Privacy Officer or contact person of the medical groups.
 3. Inspect and request a copy of your health record for a fee. You have the right to inspect and copy health information that may be used to make decisions about your care. Usually, this includes health and billing records and may also include some mental health information. To inspect and copy your health information, you must submit your request in writing to the Health Information contact person of the hospital or medical group that has the requested record. If you request a copy of your health information, we may charge a fee for the costs of copying, mailing or other supplies associated with your request. We may deny your request under certain very limited circumstances. If you are denied access to health information, you may request that the denial be reviewed. Another licensed health care professional chosen by the Hospital or medical group will review your request and denial. The person conducting the review will not be the person who denied your request. We will abide by the outcome of that review.
 4. Request an amendment to your health record if you feel the information is incorrect or incomplete. You have the right to request an amendment for as long as the information is kept by the Hospital or medical groups. To request an amendment, your request must be made in writing and submitted to the Health Information contact for the Hospital or medical groups that have the record you want to amend and you must provide a reason that supports your request. We may deny your request if it is not in writing or does not include a reason to support the request. In addition, we may deny your request if you ask us to amend information: (1) not created by the Hospital or
-

medical groups, unless you provide us with information that the person or entity who created the information is no longer available to make the amendment; (2) not part of the information kept by or for our facility; (3) not part of the information which you would be permitted to inspect and copy; or is accurate and complete. If we deny your request for amendment, you have the right to submit a written statement of disagreement with respect to any item or statement in your record that you believe is incomplete or incorrect. We will include your written statement of disagreement or a summary of this information with any subsequent disclosure of your health information. If you clearly indicate in writing that you want your request for amendment and our response to be part of your health information, we will include this information or a summary of this information with any subsequent disclosure of your health information.

5. Obtain an accounting of disclosures of your health information. You have the right to request a list of the disclosures we made of health information about you other than for treatment, payment or health care operations or as authorized by you and by other legal requirements. To request this list or accounting of disclosures, you must submit your request in writing to the Health Information contact at the Hospital or medical groups. Your request must state a time period, which may not be longer than six years and may not include dates before April 14, 2003. The first list requested within a 12-month period is free. For additional lists within a 12-month period, we may charge you for the costs of providing the list. We will notify you in advance of the cost and provide you with an opportunity to withdraw or change your request.

6. Request confidential communication of your health information by alternative means or locations. You have the right to request that we communicate with you about medical matters in a certain way or at a certain location. For example, you can ask that we only contact you at work or by mail. To request confidential communications, you must make your request in writing to the Hospital Privacy Officer or contact person of the medical groups. We will not ask you the reason for your request and will accommodate all reasonable requests. Your request must specify how or where you wish to be contacted.

Minors and Personal Representatives - In most situations, parents, guardians and/or others with legal responsibilities for minors (children under 18 years of age) may exercise the rights described in this Notice on behalf of the minor. However, there are situations in which minors independently may exercise the rights described in this Notice. Upon request, we will provide you with additional information on the minor's rights under state law.

NOTIFICACIÓN CONJUNTA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PODRÍA SER USADA Y DIVULGADA, Y CÓMO PUEDE Ud. TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LEA CON CUIDADO.

Efectivo desde: Abril 14, 2003

ESTA NOTIFICACIÓN CUBRE LAS SIGUIENTES UNIDADES O DIVISIONES DEL RADY CHILDREN'S HOSPITAL :

Rady Children's Hospital - San Diego
Farmacia del Hospital Rady Children's
Rady Chadwick Center

Hospital de Convalecencia del Rady Children's
Rady Children's HomeCare (Atención en Casa)
Centros de Cuidado Urgente del Rady Children's Hospital

Servicios de Transporte de Emergencias (RCHET) del Rady Children's Hospital

Doctores y otros miembros del Personal Médico del Rady Children's Hospital

ESTA NOTIFICACIÓN CUBRE LOS SIGUIENTES PARTICIPANTES EN EL SISTEMA INTEGRADO DE SALUD DEL RADY CHILDREN'S HOSPITAL :

Rady Children's Hospital - San Diego
Children's Specialists of San Diego, A Medical Group, Inc. (Especialistas Pediátricos de SD, Un Grupo Médico)
Children's Primary Care Medical Group, Inc. (Grupo Médico Primario del Rady Children's).
UCSD Pediatric Associates

RECURSOS PARA INFORMACIÓN:

Rady Children's Hospital - San Diego

Oficial de Privacidad: (858) 576-1700 ext. 2827
Archivos Médicos: (858) 966-4919
Sitio en Internet: www.chsd.org

Children's Specialists of San Diego, A Medical Group, Inc.

Oficial de Privacidad: (858) 309-6285
Archivos Médicos: (858) 309-6282
Sitio en Internet: www.childrensspecialists.com

Children's Primary Care Medical Group, Inc.

Oficial de Privacidad: (858) 502-1115
Archivos Médicos: (858) 636-4300
Sitio en Internet: www.cpcmg.medem.com

UCSD Pediatric Associates

Oficial de Privacidad: (858) 502-1115
Archivos Médicos: (858) 496-4855
Sitio en Internet: www.health.ucsd.edu

NUESTRO COMPROMISO EN CUANTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

Reconocemos que la información sobre usted (o su niño) y su salud, es algo personal. Nos comprometemos a proteger la privacidad de esta información. Cada vez que Ud. visita una localidad o un consultorio de un Grupo Médico del Rady Children's Hospital, se documentan las atenciones y los servicios que Ud. recibió. Necesitamos esta documentación para brindarle atenciones médicas de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Esta Notificación se aplica a todos sus expedientes (o los de su niño), generados por cualquiera de las localidades del Rady Children's Hospital o por los grupos médicos mencionados como participantes en la primera página, ya sea creados por profesionales del campo de la salud o por su médico. En esta Notificación, al referirnos a "nosotros" o a "nuestras entidades para cuidado médico", nos estamos refiriendo a todos los participantes enumerados. Esta Notificación le explicará las formas en las cuales podríamos usar y divulgar información médica sobre Ud. o su niño. Las referencias a "su información médica" incluyen información sobre su salud o la de su niño". También se describen sus derechos y obligaciones con relación al uso y a la divulgación de información médica.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Tenemos el deber y la responsabilidad de salvaguardar su información médica. La ley nos obliga a proteger la privacidad de su información médica y a darle esta Notificación sobre nuestras responsabilidades y nuestras prácticas de privacidad. Debemos cumplir con los términos de la Notificación vigente.

Cambios a esta Notificación - Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de esta Notificación, y de hacer efectivas las revisiones de los términos para la información médica que ya tenemos sobre Ud., al igual que para cualquier información que recibamos en el futuro. Una copia de la notificación vigente será desplegada en el Hospital, en las localidades y consultorios médicos del hospital y en nuestros sitios del Internet. Esta notificación también se podrá obtener en el área de inscripción del Hospital y en consultorios..

Quejas o Demandas - Si cree que su derecho a privacidad ha sido violado, Ud. puede entablar una demanda contra el Hospital o los grupos médicos. Sus atenciones y tratamientos médicos no serán afectados y usted no será sancionado por poner una demanda. También tiene

derecho a quejarse con el Ministro de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

EN QUÉ FORMA PODRÍAMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Las siguientes categorías describen diferentes formas como la ley nos permite usar y divulgar su información médica. Para cada categoría de usos y divulgaciones, explicaremos lo que queremos decir y pondremos al menos un ejemplo de cómo usamos o divulgamos su información médica. No se mencionarán todos los usos o divulgaciones. Sin embargo, todas las formas como se nos permite usar y divulgar su información médica, caerán en una de las categorías.

Tratamientos - Podríamos usar y divulgar su información médica para brindar tratamientos y prestaciones médicas. Por ejemplo: podríamos revelar su información médica a doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes, residentes y otros proveedores de cuidados médicos, a otros hospitales o agencias de atenciones en el hogar, con el propósito de poderle brindar o coordinar sus atenciones prolongadas.

Pagos - Podríamos usar y divulgar su información médica para remitir cobros o coleccionar pagos por tratamientos y servicios que Ud. reciba en o por nuestras entidades médicas. Por ejemplo: pudiera ser necesario revelar su información médica sobre cierta cirugía que tuvo en el Hospital, para que sus seguros médicos nos paguen o reembolsen por la cirugía. También pudiéramos informar a su compañía de seguros sobre un tratamiento que Ud. vaya a tener, para obtener previa autorización o determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

Operativos del Sistema Médico - Usamos y divulgamos información para manejar nuestras entidades médicas y asegurarnos que todos nuestros pacientes reciben servicios comprensivos y de calidad. Por ejemplo: podríamos usar y revelar información médica para actividades de control de calidad, como llamadas para el seguimiento de su salud al darle de alta; concesión de privilegios médicos del hospital a doctores; actividades administrativas que incluyen planificación y desarrollo financiero y comercial; actividades de servicio a los pacientes, incluyendo la investigación de quejas; educación sobre la salud; y para informarle a Ud. de nuevas o mejores oportunidades para atenciones y servicios.

Compañías Asociadas - Algunos servicios o actividades en nuestras instalaciones se ofrecen a través de contratos con compañías asociadas. Por ejemplo: pudiéramos hacer contratos con agencias de acreditación, consultantes de administración, examinadores de control de calidad, servicios de cobros y colección de pagos y contables, para que provean servicios en nombre nuestro. Podríamos revelar su información médica a nuestros socios de negocios para que pudieran realizar el servicio en nuestro nombre. A estas compañías asociadas les exigimos que firmen un acuerdo escrito que protege su información médica.

Recordatorios de Citas - Podríamos usar y revelar información médica al comunicarnos con Ud. para recordarle su cita para tratamiento o atención médica en nuestras instalaciones médicas.

Alternativas de Tratamiento - Podríamos usar y revelar información médica para informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que pudieran interesarle.

Productos o servicios relacionados con la salud - Podríamos usar y revelar información médica para informarle sobre productos o servicios relacionados con la salud que pudieran interesarle.

Directorio de información - Contamos con un directorio de información sobre pacientes hospitalizados, el cual incluye: (1) su nombre; (2) su localización o el número de su habitación; (3) su estado médico general ("grave, regular, bueno, etc.") y (4) su afiliación religiosa (únicamente accesible a los miembros del clero). A menos que usted específicamente rehúse incluir esta información en el directorio, tal información será usada para permitir que sus visitantes encuentren su cuarto, para permitir el reparto de flores para Ud. o para contestar preguntas sobre su condición en general.

Individuos que participan en o pagan por su cuidado médico - A menos que usted específicamente nos indique lo contrario por adelantado, podríamos revelar información médica sobre usted a un amigo o familiar involucrado en su cuidado o quien ayuda a pagar por su cuidado, o informarle a sus familiares o amigos sobre su condición médica y que usted está hospitalizado. Por otra parte, podríamos revelar su información médica a organizaciones de asistencia durante desastres (como la Cruz Roja), de manera que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y localización.

Recaudación de Fondos - Podríamos usar su información médica para comunicarnos con Ud. a fin de recaudar fondos para nuestras entidades médicas y sus actividades. El Hospital o los grupos médicos podrían divulgar su información médica sobre Ud. con una fundación o compañía asociada, de manera que dicha fundación o compañía asociada pudiera comunicarse con usted. De hacer ésto, sólo revelaríamos su nombre, domicilio, teléfono y las fechas en las que Ud. recibió servicios en el hospital o en los grupos médicos. Si Ud. recibe un aviso nuestro para recaudación de fondos, le diremos cómo puede impedir futuras solicitudes para recaudación de fondos.

Investigaciones científicas - Bajo ciertas circunstancias, podríamos usar y divulgar información médica para fines de investigación. Por ejemplo: un proyecto de investigación podría ser la comparación entre la salud y la recuperación de todo paciente que haya recibido cierto medicamento, con aquellos que recibieron otro medicamento para la misma enfermedad. Todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso especial de aprobación. Tal proceso evalúa el propuesto proyecto de investigación, con especial consideración a la protección de la información médica individual. Antes de que usemos o divulguemos información médica para investigación, el proyecto habrá sido aprobado mediante este proceso de aprobación. En algunas ocasiones podríamos compartir la información médica sobre usted con personas que se están preparando para conducir una investigación científica. Por ejemplo: podríamos darle información al investigador para ayudarlo a identificar cuál tipo de problema en los pacientes podría ser apropiado para estudiar, siempre y cuando la información médica no salga de nuestras instalaciones u oficinas y el investigador esté de acuerdo con proteger la información médica.

Cuando la ley lo exija - Revelaremos información médica sobre usted cuando las leyes federales, estatales o locales lo exijan.

SITUACIONES ESPECIALES QUE NO REQUIEREN DE SU PERMISO ESCRITO

Hay algunas situaciones especiales cuando podríamos usar o divulgar su información médica sin su permiso o sin darle la oportunidad de estar de acuerdo o de objetar, como por ejemplo:

Donación de Órganos y Tejidos - Podríamos revelar información médica a organizaciones que manejan la

adquisición de órganos o trasplantes de órganos, ojos o tejidos, o con un banco de órganos, según sea necesario para coordinar una donación y trasplante de órganos, ojos o tejidos. Esta divulgación de información no es un compromiso de su parte para donar órganos, ojos o tejidos.

Personal Militar - Si Ud. es miembro de las fuerzas armadas de los EEUU o de otro país, podríamos revelar su información médica según fuera requerido por el comando militar o las autoridades gubernamentales.

Compensación al Trabajador - Si Ud. tuviera una lesión relacionada con su trabajo, podríamos revelar su información médica a programas de compensación laboral o programas similares. Estos programas ofrecen beneficios por lesiones relacionadas con el trabajo.

Para prevenir una seria amenaza a la salud o la seguridad - Podríamos usar y divulgar su información médica cuando fuera necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y su seguridad, o a la salud y la seguridad del público u otra persona. Sin embargo, toda divulgación sería a personas capaces de prevenir un daño a la salud o la seguridad suya, de otra persona o del público.

Actividades de Vigilancia Médica - Podríamos divulgar su información médica a agencias para vigilancia médica, para actividades autorizadas o requeridas por la ley. Por ejemplo: tales actividades de vigilancia pudieran incluir auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno vigile el sistema médico, los programas del gobierno, el cumplimiento con los derechos civiles y otras leyes.

Actividades de Salud Pública - Podríamos divulgar su información médica para actividades de salud pública. Éstas generalmente incluyen lo siguiente:

- Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades.
- Reportar nacimientos y muertes.
- Reportar abuso o negligencia del menor.
- Reportar reacciones a medicamentos, problemas con productos y otros eventos adversos.
- Notificar sobre revocación de productos que podrían estar en uso.
- Notificarle a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad o que podría estar a riesgo de contraer o diseminar una enfermedad o condición médica.

- Notificar a las autoridades gubernamentales apropiadas si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso (incluyendo abuso del menor), negligencia o violencia doméstica. Únicamente haremos esta divulgación si usted está de acuerdo, o cuando la ley lo exija o lo autorice

Demandas y Disputas - Si Ud. está envuelto en una demanda o disputa legal, podríamos divulgar su información médica en respuesta a un mandato judicial o administrativo. Podríamos divulgar su información médica en respuesta a una orden judicial, petición de descubrimiento u otro recurso legal por otra persona envuelta en el litigio. Únicamente divulgaremos esta información si se hizo el esfuerzo por notificarle sobre tal petición (lo que puede incluir una notificación escrita) para permitir que Ud. obtenga una orden de protección para la información solicitada o si recibimos la orden del juez de proteger la información.

Cumplimiento de la ley - Si un oficial encargado del cumplimiento de la ley nos lo pide, podríamos divulgar información médica por las siguientes razones:

- Según lo exija ley para reportar cierto tipo de lesiones;
- En respuesta a una orden de la corte, mandato de un juez, citación, convocatoria u otro proceso similar;
- Para proporcionar alguna información limitada, con el fin de identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- Sobre la víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias, no podemos obtener su consentimiento.
- Sobre una muerte que nosotros creemos que pudiera ser resultado de una conducta criminal;
- Sobre conducta criminal en nuestras instalaciones; y
- Para reportar un crimen en una emergencia médica, la localización del crimen o las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que pudiera haber cometido el crimen.

Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Pompas Fúnebres - Podríamos divulgar información a un médico forense o examinador médico, con el fin de identificar a una persona fallecida, determinar la causa de la muerte de alguien u otras obligaciones bajo la ley. También podríamos divulgar información médica sobre pacientes en nuestras instalaciones a directores de pompas fúnebres, según fuera necesario para el cumplimiento de sus deberes.

Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia -

Podríamos divulgar su información médica a oficiales federales autorizados para actividades de inteligencia, contra-inteligencia y otras acciones autorizadas por ley

Servicios de Protección para el Presidente y otros -

Podríamos divulgar su información médica a oficiales federales autorizados, de manera que puedan brindarle protección al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estados extranjeros, o para conducir investigaciones especiales.

Prisioneros -Si usted está encarcelado en una institución correccional o bajo la custodia de un funcionario de la ley, podríamos revelar su información médica a la institución correccional o al funcionario de la ley. Esto sólo lo haríamos si la información médica fuera necesaria para: brindarle atenciones médicas; su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o la seguridad de la institución correccional.

CON SU ESPECÍFICA AUTORIZACIÓN ESCRITA

Sólo con su permiso o autorización por escrito se harán otros usos y divulgaciones de su información médica no cubiertos en esta Notificación ni en las leyes que se aplican a nosotros. Si nos otorga el permiso para usar o divulgar su información médica, Ud. puede revocar tal permiso por escrito en cualquier momento. Si Ud. revoca el permiso, se detendrá todo uso o divulgación subsiguiente de su información médica para los fines cubiertos por su autorización escrita, excepto en caso de que ya hubiésemos actuado contando con su permiso. Usted reconoce que no podremos recuperar ninguna divulgación que ya hubiéramos hecho con su permiso, y que tenemos la obligación de guardar un record de las atenciones que le brindamos a usted.

En la mayoría de los casos, las leyes federales o estatales requieren la autorización escrita, de usted o su representante personal, para divulgaciones sobre Tratamiento para Abuso de Alcohol o Drogas; resultados de pruebas para VIH o SIDA; o Tratamientos de Salud Mental.

SUS DERECHOS A PRIVACIDAD MÉDICA

Usted tiene el derecho a:

- 1. Pedir la restricción de ciertos usos y divulgaciones de su información.** Usted tiene el derecho a pedir una restricción o limitación en la información médica sobre Ud. que usemos o divulguemos para tratamientos, pagos o acciones médicas. Usted también tiene el derecho de pedir un límite en la información médica que divulguemos sobre Ud. al individuo involucrado en su cuidado o en el pago por su cuidado, tal como un familiar o amigo. Por ejemplo: usted puede pedir que no usemos ni revelemos información sobre una cirugía que Ud. haya tenido. *No tenemos la obligación de estar de acuerdo con su petición.* Si estamos de acuerdo, acataremos su solicitud, a menos que la información sea necesaria para darle tratamiento de urgencia. Para solicitar una restricción, Ud. tiene que pedirlo por escrito al Oficial de Privacidad del Hospital o a la persona de contacto de los grupos médicos. En la petición Ud. tiene que decirnos (1) cuál información desea limitar; (2) si usted quiere limitar nuestro uso o divulgación, o ambas ; y (3) a quién quiere que se apliquen las limitaciones, por ejemplo, revelaciones a un abuelo.
 - 2. Recibir copia en papel de esta Notificación de Prácticas de Privacidad, cuando la pida.** Usted tiene derecho a una copia en papel de esta notificación. En cualquier momento puede pedirnos una copia de esta notificación. Aunque haya acordado recibir ésta por vía electrónica, usted tiene derecho a obtener una copia en papel. Puede obtener una copia de esta notificación en cualquiera de nuestros sitios del Internet. Para obtener copia de la notificación, comuníquese con el Oficial de Privacidad del Hospital o con la persona de contacto de los grupos médicos.
 - 3. Examinar y pedir una copia de sus expedientes médicos a un costo.** Usted tiene el derecho a examinar y copiar la información médica que pudiera ser usada para tomar decisiones sobre su cuidado. Por lo general, esto incluye los expedientes médicos y administrativos y también pudiera incluir alguna información sobre salud mental. Para examinar y
-

copiar su información médica, Ud. debe presentar su solicitud por escrito a la persona de contacto para Información Médica del Hospital o del grupo médico que guarda los archivos solicitados. Si pide copia de su información médica, podríamos cobrarle por los gastos de copiar, enviar por correo y otros materiales asociados con su solicitud. En ciertas circunstancias muy limitadas podríamos rechazar su solicitud. Si se le ha negado el acceso a la información médica, usted puede solicitar que la negativa sea reconsiderada. Otro profesional médico certificado, escogido por el hospital o el grupo médico, revisará su solicitud y la negativa. La persona que conduzca la revisión no será la persona que le negó la solicitud. Nos someteremos al resultado de esa revisión.

4. **Solicitar una enmienda a sus expedientes médicos si piensa que la información es incorrecta o incompleta.** Usted tiene el derecho a pedir una enmienda, siempre y cuando la información esté en manos del Hospital o de los grupos médicos. Para solicitar una enmienda, su petición tiene que ser hecha por escrito y enviada a la persona de contacto para Información Médica del Hospital o del grupo médico que guarda los archivos que Ud. desea cambiar y Ud. tiene que brindar una razón para apoyar su petición. Podríamos rechazar su petición si no lo hace por escrito o si no incluye una razón para apoyar su solicitud. Además, podríamos rechazar su petición si nos pide que cambiemos información: (1) que no fue generada por el Hospital o sus grupos médicos, a menos que Ud. nos pueda proveer información de que la persona o entidad que generó la información médica ya no está disponible para hacer la enmienda; (2) que no forma parte de la información guardada por o para nuestras instalaciones; (3) que no es parte de la información que le permitirían examinar o copiar; o que es correcta y completa. Si rechazamos la solicitud de enmienda, usted tiene derecho a presentar por escrito una declaración de desacuerdo con respecto a cualquier punto o declaración que usted considere incompleto o incorrecto en sus expedientes. Con cualquier divulgación subsiguiente de su información médica, incluiremos su declaración de desacuerdo o un resumen de esta información. Si Ud. indica claramente por escrito que desea que su solicitud de enmienda y nuestra respuesta sean parte de su información médica, incluiremos esta información o un resumen de esta información en todas las subsiguientes divulgaciones de su información médica.

5. **Obtener un recuento de divulgaciones de su información médica.** Usted tiene el derecho a pedir una lista de las divulgaciones de su información médica que hayamos hecho, sin contar tratamientos, pagos y operativos del sistema médico, o según fueron autorizados por usted y por otros medios legales. Para solicitar esta lista o recuento de las divulgaciones, Ud. tiene que enviar su solicitud por escrito a la persona de contacto para Información Médica del Hospital o de los grupos médicos. Su solicitud debe establecer un período de tiempo no mayor que seis años y no debe incluir fechas anteriores al 14 de abril, 2003. La primera lista solicitada dentro de un período de 12 meses, es gratuita. Para listas adicionales dentro de un período de 12 meses, podríamos cobrarle por el costo de proveer la lista. Le notificaremos por adelantado sobre el costo y le ofreceremos la oportunidad de retirar o cambiar su solicitud.

6. **Pedir la comunicación confidencial de su información médica por medios o localidades alternativas.** Cuando se trata de asuntos médicos, Ud. tiene el derecho de pedir que nos comuniquemos con Ud. de cierta manera o en ciertas localidades. Por ejemplo, Ud. puede pedir que solamente nos comuniquemos con usted en su trabajo o por correo. Para solicitar comunicación confidencial, tiene que hacer su petición por escrito al Oficial de Privacidad del Hospital o a la persona de contacto de los grupos médicos. No preguntaremos el por qué de su petición y complaceremos todas las solicitudes razonables. Su petición debe especificar cómo y dónde desea que se comuniquen con usted.

Menores de edad y Representantes personales - En la mayoría de los casos, los padres, tutores y otros con la responsabilidad legal de un menor (menores que 18 años de edad) pueden ejercer los derechos descritos en esta notificación en nombre del menor. Sin embargo, hay situaciones en las que el menor podría ejercer independientemente los derechos descritos en esta notificación. Si lo solicita, le daremos información adicional sobre los derechos del menor de edad bajo la ley.