**NOTIFICACIÓN SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**LA PRESENTE NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PODRÍA USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO SE ACCEDERÁ A ESTA INFORMACIÓN.   
POR FAVOR, LéALO CON DETENIMIENTO.**

El Children’s Hospital Los Angeles Medical Group (CHLAMG) tiene el compromiso de proteger la privacidad de la información médica que generamos o recibimos sobre usted. La información médica que lo identifica incluye sus registros médicos y otra información relacionada con su atención o los pagos de su atención médica.

**NUESTRAS RESPONSABILIDADES**La ley exige que nosotros:

* registremos la atención que le proporcionamos;
* mantengamos su información médica en privado según lo exige la ley;
* le entreguemos esta notificación para dejarle saber cómo usamos y compartimos su información;
* le informemos sobre sus derechos en torno a su información médica;
* le informemos en el caso de que exista una alteración en su información médica;
* hacerle saber sobre cualquier cambio en la presente notificación y
* cumplir la notificación actualmente vigente.

**¿QUIÉNES CUMPLEN ESTA NOTIFICACIÓN?**   
Las prácticas de privacidad que se incluyen en esta notificación aplican a nuestros:

* proveedores de CHLAMG y profesionales de la salud asociados;
* todos los miembros de la fuerza laboral de CHLAMG como los empleados, personal contratado, voluntarios y toda persona que trabaje bajo el control de CHLAMG;
* socios comerciales con quienes compartimos información médica.

**COPIA DE ESTA NOTIFICACIÓN**Le pediremos que firme una declaración en donde se indique que recibió esta notificación. Esta declaración no significa que está de acuerdo con esta notificación, solo que la ha recibido. Le daremos tratamiento incluso si no firma esta declaración.

**CAMBIOS A LA NOTIFICACIÓN**Podríamos hacer cambios a la notificación sobre prácticas de privacidad que abarcará toda la información que poseemos. Si nuestras prácticas cambian, publicaremos una nueva notificación y su fecha de entrada en vigencia en nuestro sitio web y en nuestras clínicas. También puede pedirnos una copia de la nueva notificación.

**SUS DERECHOS**

Usted tiene algunos derechos en relación con la forma en la que se usa y se comparte su información médica, algunos de esos derechos los mencionamos a continuación. Debemos pedirle un permiso por escrito cuando queramos compartir su información médica por cualquier otra razón que no se mencione en esta notificación. Si desea obtener más información sobre estos derechos, comuníquese el Responsable de privacidad de CHLAMG   
al (323) 361-2173.

**DERECHO A REVISAR Y A UNA COPIA**

Puede revisar o pedir una copia física o electrónica de su registro médico, registros de facturación y otros registros que usemos para tomar las decisiones sobre su atención. Este pedido debe ser por escrito. También puede pedirnos que entreguemos una copia de su información médica a otra persona o entidad. Algunas veces se aplicará una pequeña tarifa para cubrir los costos de las copias. En limitadas circunstancias, podemos negarle su solicitud. Si no le proporcionamos una copia de su información médica, puede pedirnos que evaluemos nuestra decisión. Otro médico revisará su solicitud. Seguiremos esa decisión.

**DERECHO A SOLICITAR UN CAMBIO**

Nos puede pedir por escrito que hagamos un cambio a su información médica si nosotros generamos la información y si estamos de acuerdo que la información es incorrecta o incompleta. Si no aceptamos realizar el cambio, puede agregar una declaración a su información médica en la que indique por qué cree que debería cambiarse. Esta declaración se incluirá cuando compartamos sus registros.

**DERECHO A PREGUNTAR QUIÉN HA RECIBIDO SU INFORMACIÓN MÉDICA**Nos puede pedir que le informemos con quién compartimos su información médica. Para pedirnos esta información, envíe una carta al Responsable de privacidad cuya información se menciona al final de esta notificación. La lista que le proporcionamos incluirá:

* cuándo usamos o compartimos su información para su atención médica;
* cuándo usamos o compartimos su información para recibir pagos;
* cuándo usamos o compartimos su información para nuestros propósitos comerciales o
* cuándo compartimos su información porque nos pidió que la compartamos con usted o con otras personas.

**DERECHO A PEDIRNOS QUE NO COMPARTAMOS SU INFORMACIÓN**Nos puede pedir que no compartamos su información médica. Si no desea que compartamos la información en su registro médico, comuníquese con nosotros por escrito e indíquenos:

* la información que no desea que compartamos;
* cómo desea que limitemos lo que compartimos de su registro médico;
* quién no desea que vea su registro médico.

No tenemos que aceptar su solicitud. Si aceptamos su solicitud, no compartiremos su información salvo que sea por emergencia o razones legales. Usted puede decidir que comencemos a compartir su información nuevamente en cualquier momento si nos lo informa por escrito.

Si usted u otra persona pagan por sus servicios médicos completamente de su bolsillo, puede pedirnos que no compartamos la información sobre tales servicios médicos con su compañía de seguro médico. Debemos aceptar no compartir su información salvo que la ley nos exija compartirla.

**DERECHO A SOLICITAR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES**Puede solicitarnos por escrito que nos comuniquemos con usted de una forma y en un lugar específicos. Por ejemplo, puede pedirnos que nos comuniquemos con usted solo a su casa o por correo postal.

**DERECHO A RECIBIR NOTIFICACIÓN SOBRE FILTRACIÓN DE INFORMACIÓN.**Si nos enteramos de que su información ha sido usada o compartida de forma inadecuada (conocido como "filtración"), le enviaremos una notificación que siga todos los requisitos según las leyes federales y estatales.

**DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA NOTIFICACIÓN.** Puede pedir una copia de esta notificación en el lugar en donde recibió la atención de un proveedor de CHLAMG. También puede imprimir esta notificación desde nuestro sitio web en: <https://www.chla.org/childrens-hospital-los-angeles-medical-group>. Si necesita una copia de esta notificación en un formato alternativo debido a una discapacidad, déjenos saber.

**CÓMO PODRÍAMOS COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA.** Esta sección describe algunas de las formas en las que podríamos compartir su información médica. No necesitamos pedirle su permiso para compartir la información que se detalla en esta sección.

**TRATAMIENTO** Usamos y compartimos su información médica para proporcionarle tratamiento y servicios médicos. Podemos comunicarnos con otros proveedores sobre su atención. También podemos compartir su información para coordinar y administrar su atención.

**PAGOS**Usamos y compartimos su información médica para recibir los pagos por los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, podríamos comunicarnos con su compañía de seguro médico para saber si pagará por el tratamiento o el procedimiento. Nos puede pedir que no compartamos su información médica con su compañía de seguro médico si usted u otra persona pagan por sus servicios médicos completamente de su bolsillo. Debemos aceptar esta solicitud salvo que la ley nos exija compartirla.

**OPERAR NUESTRO GRUPO MÉDICO**Compartimos su información médica para mejorar la calidad de su atención y para nuestras necesidades comerciales, como por ejemplo mejorar el servicio que ofrecemos.

**SOCIOS COMERCIALES**Podríamos compartir su información médica con otros negocios que brindan servicios al grupo médico cuando necesitan esta información para servicios de facturación o auditoría. Nuestros socios comerciales tienen el deber de proteger la privacidad y la seguridad de su información médica según las leyes federales y estatales.

**RECORDATORIOS DE CITAS**   
Podríamos usar y compartir su información médica para comunicarnos con usted a fin de recordarle que tiene una cita de atención en nuestras clínicas. Salvo que nos indique lo contrario, podríamos usar su información de contacto que nos proporcionó para comunicarle información general sobre su atención como la ubicación y la hora de sus citas.

**RECAUDACIÓN DE FONDOS**Podríamos usar o compartir su información para propósitos de recaudación de fondos. Nos puede pedir que no le enviemos su información para recaudación de fondos. Si recibe una solicitud, esta tendrá información sobre cómo nos puede informarnos para que no le enviemos futuras solicitudes. Puede cambiar de opinión y recibir esta información nuevamente en cualquier momento.

**GRAVE AMENAZA PARA LA SALUD Y LA SEGURIDAD**   
Podríamos usar y compartir su información cuando sea necesaria para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad de las demás personas. Solo compartiremos su información con la persona que sea capaz de prevenir o responder a la amenaza como con las fuerzas policiales o con una víctima potencial.

**OTRAS FORMAS DE COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA** La ley nos permite compartir su información médica con:

* agencias de salud pública para prevenir o controlar enfermedades; proporcionar estadísticas de salud; reportar conductas de riesgo y reportar defectos con productos o reacciones a medicamentos;
* agencias gubernamentales o fuerzas policiales cuando sospechamos de abuso, negligencia o violencia doméstica;
* un empleador para la evaluación de enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo de acuerdo con las leyes de compensación para trabajadores;
* una escuela para la prueba de la vacunación de un estudiante;
* agencias de supervisión de salud para fines de inspecciones, auditorías y cumplimiento de las leyes;
* agencias gubernamentales para funciones gubernamentales especiales, tales como actividades militares, de seguridad nacional e inteligencia, y protección del Presidente;
* agencias de ayuda en casos de desastre como la Cruz Roja para que su familia pueda recibir notificaciones sobre su condición, estado y ubicación.

**PARA PROCESOS LEGALES Y APLICACIÓN DE LA LEY**   
Podríamos compartir su información médica con las fuerzas policiales:

* en respuesta a una orden judicial o administrativa, una citación legal o una orden de registro;
* proporcionar información limitada para identificar o localizar a un sospechoso;
* proporcionar información sobre víctimas de un crimen;
* informar sobre una muerte que creemos que podría ser resultado de una conducta criminal;
* informar una conducta criminal que ocurrió en una de nuestras clínicas o sitios de servicio;
* informar una emergencia cuando parece que ha ocurrido un crimen.

**RESPONDER A PEDIDOS DE DONACIONES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS**   
Podemos compartir información con una organización para ayudar con la donación de órganos, ojos o tejidos.

**MÉDICO FORENSE, EXAMINADOR MÉDICO O DIRECTOR FUNERAL**   
Podemos compartirla información médica con un médico forense o examinador médico para propósitos de identificación, con los que se determine la causa del deceso u otras tareas requeridas legalmente, y con una funeraria.

**INVESTIGACIÓN**Podríamos proporcionar información médica estadística sobre usted (sin incluir su nombre, dirección o información que lo identifique) para investigación, salud pública u operaciones de atención médica. Otras actividades de investigación que requieran permisos para usar su información médica. La investigación realizada sin su permiso debe pasar por un proceso de revisión independiente para asegurarse de que la investigación represente un riesgo mínimo para su privacidad.

**SI USTED ES UN MENOR DE EDAD**   
Podemos compartir su información con sus padres o tutores, excepto cuando la ley estatal limite el intercambio de su información médica con sus padres, tutores u otras personas en un estado similar.

**FAMILIARES Y AMIGOS**   
Salvo que nos indique lo contrario, podemos compartir su información médica con un familiar, otro pariente, amigo cercano o cualquier otra persona que esté involucrada con su atención o en el pago de su atención.

**CUANDO NECESITAMOS SU PERMISO PARA COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA**   
Por las razones distintas a las mencionadas anteriormente, no podemos compartir su información médica sin su permiso.

**MARKETING**Podemos utilizar su información para informarle sobre nuestros propios servicios de atención médica y para algunos otros fines limitados. Para otros fines de mercadotecnia, necesitamos su permiso.

**INFORMACIÓN MÉDICA ESPECIAL**   
Es posible que existan protecciones especiales a la privacidad según las leyes estatales y federales que limitan la forma en que cierta información médica puede ser usada y divulgada. Esto incluye (1) registros de salud mental; (2) tratamiento de trastorno por uso de sustancias; (3) pruebas de VIH (4) pruebas genéticas y (5) enfermedades de transmisión sexual. Cuando lo exija la ley, obtendremos su permiso para compartir esta información antes de que se divulgue.

**SU PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN**   
Si nos da permiso para compartir su información médica al completar un formulario de autorización, puede cancelar la autorización por escrito en cualquier momento. Esto no afectará a la información que ya haya sido compartida.

**PREGUNTAS Y QUEJAS**   
Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, le recomendamos que se comunique con nosotros.

Si cree que hemos violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con alguna decisión que tomamos sobre el acceso a su información médica, le recomendamos que hable o escriba a nuestro Responsable de privacidad:

**Meg Grimaldi, Director of Compliance**

**3701 Wilshire Blvd, Suite 600 (East Tower)**

**Los Angeles, CA 90010**

**Teléfono: (323) 361-2173**

**Correo electrónico: mgrimaldi@chla.usc.edu**

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Le proporcionaremos información de contacto si lo solicita. La presentación de una queja no afectará el tratamiento o la cobertura de atención médica que reciba.

*Fecha de entrada en vigor: 12 de octubre de 2018*