



1500 E. Duarte Road, Duarte, CA 91010

Notice of Privacy Practices

Aviso de las Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN.

POR FAVOR LÉALO DETENIDAMENTE.

Ante cualquier duda relacionada con este Aviso, contáctese con el Defensor de Pacientes de City of Hope al (626) 256-4673, Ext. 62285.

I. Nuestra Obligación es Resguardar la Privacidad de su Información Médica

La ley exige que mantengamos la privacidad de su información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés) y le notifiquemos sobre todas nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su PHI. Este Aviso describe sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso y la divulgación de su PHI, y le informa sobre las leyes que protegen especialmente su PHI.

Este Aviso incluye las prácticas de privacidad de todos los profesionales de atención médica, empleados, personal contratado, estudiantes y voluntarios para:

- City of Hope National Medical Center (COHNMC), excepto el Centro de Donación/Aféresis (Donor/Apheresis Center) y el Programa Nacional de Donación de Médula Ósea (National Marrow Donor Program) con respecto a los servicios no relacionados con pacientes, ubicado en 1500 East Duarte Road, Duarte, CA 91010-3000;
- City of Hope Medical Foundation (COHMF);
- City of Hope Medical Group ("COH Medical Group"); y
- el Cuerpo Médico del COHNMC y Profesionales de la Salud Afines (Allied Health Professionals) que integran el Cuerpo Médico del COHNMC en los siguientes puestos: Activos, Adjuntos, Concurrentes, Asesores, Suplentes, de Guardia, Instructores y Docentes o Profesionales de la Salud Afines.

En el marco de este Aviso, "COH", "nosotros", "nuestro/a" y los verbos conjugados en primera persona del plural incluyen a todas las personas y entidades anteriormente mencionadas cuando le brindan servicios a usted en cualquier sede de City of Hope. Este Aviso no se aplica a la atención que usted reciba de profesionales de la salud en sus consultorios ni en otros ámbitos distintos a la sede del COH según se describe anteriormente. Es posible que su médico o profesional de la salud tenga sus propias políticas y procedimientos con respecto a su PHI y usted debe consultar el aviso de las prácticas de privacidad de su profesional de la salud para saber cómo se tratará dicha información fuera de COH. Todas las personas y entidades que se mencionan anteriormente comparten su PHI entre sí según sea necesario para realizar tratamientos, obtener pagos o llevar a cabo actividades operativas.

Siempre que utilicemos o divulguemos su PHI, tenemos la obligación de regirnos por las condiciones del presente Aviso.

II. **De Qué Manera Podemos Utilizar y Divulgar su PHI**

- **No se Requiere Autorización**

Utilizaremos y divulgaremos su PHI cuando se nos exija hacerlo de acuerdo con las leyes federales, estatales o locales. Además, también podremos utilizar o divulgar su PHI según lo autoricen las leyes aplicables. Las categorías que figuran a continuación describen los modos en que utilizaremos y divulgaremos su PHI. Cada categoría de uso o divulgación incluye ejemplos; sin embargo, no se enumeran todos los posibles ejemplos de usos y divulgaciones.

- **Para Llevar a Cabo un Tratamiento**

Podremos utilizar o divulgar su PHI según sea necesario para brindarle tratamiento. Por ejemplo, su médico utiliza su PHI para decidir si debería indicar ciertos tratamientos, medicamentos y exámenes de diagnóstico específicos. Durante su visita, su médico puede entregarle una parte de su historia clínica (por ejemplo, un informe de laboratorio o las instrucciones para el alta) para ayudarle a comprender la atención médica que está recibiendo. Puede resultar necesario que los médicos, las enfermeras, los técnicos o los estudiantes de medicina conozcan y/o analicen los detalles de su estado de salud para llevar a cabo el tratamiento y para comprender cómo evaluar su respuesta al tratamiento.

Los distintos departamentos o sedes de COH pueden compartir su PHI para coordinar las diversas prestaciones que usted necesita, tales como recetas, análisis de laboratorio y radiografías. Además, su PHI podrá compartirse con personas ajenas a COH que posiblemente participen en su atención médica posterior, por ejemplo, en el caso de que usted sea transferido a otro centro.

- **Recordatorios de Citas, Resultados de Exámenes, Alternativas de Tratamiento, etc.**

Su PHI podrá también emplearse para comunicarnos con usted (por teléfono o por carta) con el fin de recordarle sus citas, informarle los resultados de exámenes de diagnóstico y asesorarle acerca de alternativas de tratamiento.

- **Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud**

Su PHI puede usarse para informarle sobre beneficios y servicios relacionados con la salud que brinda COH y que puedan resultarle de interés, tales como conferencias educativas, eventos especiales y grupos de apoyo. Por ejemplo, COH patrocina varios eventos anuales relacionados con la salud que pueden interesar a nuestros pacientes, como la Exposición de Salud sobre la Diabetes, el Encuentro de Trasplante de Médula Ósea y el Picnic de Pediatría.

- **Para Pago de Honorarios**

Si usted posee un seguro médico al que nosotros debemos facturarle directamente los servicios prestados, necesitaremos incluir cierta información que le identifique, así como el detalle de su diagnóstico, los procedimientos realizados y los suministros utilizados para poder cobrarlos honorarios correspondientes al tratamiento efectuado. Por ejemplo, es posible que necesitemos brindar información sobre una cirugía que se le realizó en COH a su plan de salud para que éste nos pague o le reembolse el costo de

dicha cirugía. También podemos informarle a su plan de salud sobre un tratamiento que usted vaya a recibir para obtener aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

- **Para Realizar Operaciones de Atención Médica**

Su PHI se utilizará también para llevar a cabo operaciones internas. COH puede guardar su PHI para llevar a cabo operaciones de atención médica. Como centro médico académico que participa en la educación y la investigación médicas, podremos utilizar su información para enseñar y capacitar al personal y a estudiantes en la atención de pacientes. Podremos utilizar su PHI para supervisar nuestros servicios de salud, con el objetivo de evaluar y mejorar la calidad de la atención que ofrecemos. El personal de COH podrá examinar partes de su historia clínica para realizar actividades administrativas, de docencia y capacitación. El personal está capacitado para mantener la confidencialidad y la privacidad de la información médica del paciente.

- **Para Recaudación de Fondos**

Podremos divulgar información limitada sobre usted (por ejemplo, nombre, domicilio, número telefónico y fechas en que recibió servicios) a City of Hope, una sociedad anónima sin fines de lucro de California que recauda dinero en nombre del COHNMC, del COHMF y del Beckman Research Institute de City of Hope. Esta divulgación limitada de sus datos permitirá que se lo contacte eventualmente con el objeto de recaudar fondos para ampliar y mantener los servicios médicos que ofrecemos, los programas educativos que organizamos para la comunidad y las investigaciones que desarrollamos para descubrir curas a ciertas enfermedades que ponen en peligro la vida. Si no desea que nos comuniquemos con usted con fines de recaudación de fondos, envíe una notificación por escrito a: Privacy Officer, Corporate Compliance Office, City of Hope, Wing IV, 1500 E. Duarte Road, Duarte, CA 91010.

- **Para el Directorio de Pacientes**

Mientras sea paciente del COHNMC, incluiremos cierta información limitada sobre usted —nombre, ubicación, estado general (por ejemplo, satisfactorio, estable, etc.) y su filiación religiosa— en nuestro Directorio de Pacientes. Esta información se divulga para que sus familiares, amigos y clérigos lo puedan visitar en el hospital y sepan en general cómo está. A menos que usted solicite por escrito y específicamente lo contrario, la información del Directorio de Pacientes, a excepción de su filiación religiosa, será divulgada a las personas que pregunten por usted por su nombre. Es posible que se comunique su filiación religiosa a un clérigo del COHNMC, como un sacerdote o rabino, aun si no preguntan por usted por su nombre. Si no desea que divulguemos su información general de identificación en el Directorio de Pacientes, debe notificar a la Oficina de Admisiones (Admitting Office) del COHNMC ubicada en la planta baja de Helford del COHNMC, ext. 62267.

Para Informar a las Personas que Participan en su Atención o en el Pago de su Atención;

Mitigación de Catástrofes

A menos que usted se oponga, podremos utilizar o divulgar su PHI a un familiar, otro pariente, un amigo o cualquier otra persona identificada por usted que participe en su atención médica o que colabore económicamente en su atención (incluida su compañía de seguro de salud).

En una situación de emergencia o ante circunstancias de incapacidad, podremos decidir, según nuestro criterio profesional, si es conveniente para usted que divulguemos cierta

información a una persona en particular. En ese caso, sólo divulgaremos la información que consideremos estrictamente necesaria para la participación de esa persona en su atención médica o en el pago de su atención médica. Además, podremos divulgar su PHI a una entidad que esté brindando asistencia en una campaña para la mitigación de un catástrofe con el fin de que su familia pueda ser notificada sobre su estado, situación y ubicación.

- **Con Fines de Investigación**

Podremos hacer uso de su PHI para conducir proyectos de investigación. Todos los proyectos de investigación relacionados con la PHI están sujetos a un proceso de aprobación especial a cargo de la Junta Revisora Institucional (IRB, por sus siglas en inglés) para garantizar el uso y acceso adecuados a su información. A menos que la IRB haya emitido una exención a la autorización y consentimiento informado, solicitaremos su permiso escrito (“autorización” y “consentimiento informado”) antes de que el investigador tenga acceso a su nombre, domicilio u otros datos que revelen su identidad. En ciertos casos, antes del comienzo de un estudio o antes de que usted se inscriba como sujeto en un estudio, es posible que se divulgue su PHI sin su consentimiento informado y autorización. Esto se hará de modo limitado, conforme a la ley y en el marco de la misión de investigación del COHNMC y del COHMF. Por ejemplo, podremos divulgar información médica sobre usted a personas que estén preparando un nuevo proyecto de investigación, para ayudarles a buscar pacientes con enfermedades específicas y/o para evaluar la viabilidad de una idea de investigación (inclusión de sujetos y análisis preparatorios para la investigación), con la condición de que la información médica que consulten no se retire del COHNMC o del COHMF.

Otros Usos Requeridos o Permitidos por la Ley:

- **Requeridos por la Ley:** Podremos divulgar su PHI cuando la ley federal, estatal o local así nos lo exija.
- **Actividades de Salud Pública:** Podremos divulgar su PHI para actividades de salud pública autorizadas; por ejemplo, para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades; para brindar información sobre productos y servicios según lo requiera o permita la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés); para informar a su empleador, según lo establecido por las leyes que rigen las enfermedades o lesiones laborales, o la vigilancia médica en el ámbito laboral.
- **Víctimas de Abuso, Abandono o Violencia Doméstica:** Si tenemos razones suficientes para creer que usted ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica, podremos divulgar su PHI a las autoridades gubernamentales, incluidos los servicios sociales o las agencias de protección, autorizadas legalmente para recibir denuncias de abuso, abandono o violencia doméstica.
- **Actividades de Supervisión de la Salud:** Podremos divulgar su PHI a una agencia de supervisión de la salud responsable de garantizar el cumplimiento de las normas de los programas de salud gubernamentales, tales como Medicare y Medicaid.
- **Procedimientos Judiciales y Administrativos:** Podremos divulgar su PHI durante un procedimiento judicial o administrativo en respuesta a: (a) una orden judicial, (b) una orden con validez legal emitida por una agencia administrativa federal o estatal o una junta de licencias; y (c) una citación, solicitud de presentación de pruebas u otra notificación de un acto procesal en cumplimiento de la ley aplicable.

- **Autoridades Judiciales o Policiales:** Podremos divulgar su PHI a la policía o a otras autoridades judiciales o policiales en ciertas circunstancias específicas y limitadas o en cumplimiento de una orden judicial u otro acto procesal en cumplimiento de la ley aplicable.
- **Difuntos:** Podremos divulgar su PHI a un juez de instrucción, un médico forense, o al director de una funeraria con el fin de que puedan cumplir con sus obligaciones.
- **Procuración de Órganos y Tejido:** Podremos divulgar su PHI a aquellas entidades encargadas de la obtención, colocación en bancos o trasplante de órganos, tejidos o estructuras oculares de donantes cadavéricos para facilitar los procesos de donación y trasplante.
- **Salud o Seguridad:** Podremos utilizar y divulgar su PHI para prevenir o mitigar una amenaza grave e inminente contra la salud o la seguridad de una persona o del público.
- **Funciones Especiales del Gobierno:** En ciertas circunstancias, podremos utilizar y divulgar su PHI a ciertas unidades gubernamentales con funciones especiales, como el ejército o el Departamento de Estado de los Estados Unidos. También podremos divulgar PHI a ciertas autoridades si usted está detenido por autoridades judiciales o policiales o está preso en una institución correccional.
- **Compensación del Trabajador:** Podremos divulgar su PHI dentro de los parámetros autorizados por las leyes estatales que rigen las compensaciones del trabajador u otros programas similares, y en la medida en que sea necesario para cumplir con dichas leyes.
- **Nota sobre otras Restricciones:** Tenga en cuenta que ciertas leyes federales o estatales pueden establecer exigencias más estrictas sobre el modo en que utilizamos y divulgamos su PHI. Siempre que existan exigencias o restricciones más estrictas, sólo utilizaremos y divulgaremos su PHI según lo permitido por esas exigencias o restricciones más estrictas.

III. Usos y Divulgaciones que Requieren su Autorización por Escrito

- **Uso o Divulgación con su Autorización Escrita (Autorización de COH)** Para cualquier otro propósito distinto de los descritos en el presente Aviso, sólo podremos utilizar o divulgar su PHI con una autorización por escrito de su parte. Con este fin, COH ha diseñado un formulario de *Autorización para Utilizar y Divulgar Información Protegida sobre la Salud* (“Autorización de COH”). Si usted firma una autorización para divulgar información, excepto en la medida en que ya hayamos utilizado dicha información, podrá eventualmente revocar esa autorización para evitar cualquier futura utilización y divulgación de su PHI. Si usted desea revocar una autorización anterior, deberá hacerlo por escrito. Puede solicitar un formulario de Revocación de Autorización al departamento de historias clínicas en cualquier punto de servicio de COH y presentarlo ante dicho departamento.
- **Usos y Divulgación de su Información Altamente Confidencial**
Las leyes federales y estatales exigen protecciones especiales de la privacidad para cierta información altamente confidencial sobre usted, como por ejemplo información sobre el VIH o información relacionada con el tratamiento de una enfermedad mental, drogadicción o alcoholismo (“Información Altamente Confidencial”). Respetamos todas las leyes federales y estatales aplicables que rigen el uso y la divulgación de

Información Altamente Confidencial. Solicitaremos su autorización por escrito para utilizar y divulgar esta información cuando dichas leyes lo requieran.

IV. **Sus Derechos sobre su Información Médica Personal**

Usted tiene los siguientes derechos sobre el uso y la divulgación de la PHI que registramos sobre usted:

- **Derecho a Solicitar Restricciones Adicionales para el Uso/la Divulgación**

Usted podrá solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su PHI con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención de la salud. También tiene derecho a solicitar restricciones sobre la PHI que divulgamos a personas que participen en su atención o en el pago de dicha atención, como un familiar o amigo. Si bien consideraremos detenidamente todas las solicitudes para aplicar restricciones adicionales, no se nos exige que aceptemos todo pedido de restricción. Sin embargo, respetaremos su solicitud de restringir la divulgación de su PHI a un plan de seguro de salud para el pago o para operaciones de atención de la salud si la PHI tiene que ver únicamente con un servicio que usted pagó de su propio bolsillo y por completo, a menos que la divulgación sea una exigencia legal o persiga algún fin relacionado con el tratamiento. Si desea solicitar restricciones adicionales, solicite un formulario de Solicitud de Restricción y preséntelo completo a: Privacy Officer, Corporate Compliance Office, Wing IV, City of Hope, 1500 E. Duarte Road, Duarte, CA 91010. COH le enviará una respuesta por escrito.

- **Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales/Cómo nos Comunicamos con Usted**

Usted podrá solicitar, y nosotros tendremos en cuenta, todo pedido razonable de recibir su PHI por medios de comunicación alternativos o en ubicaciones alternativas. Por ejemplo, puede pedir que sólo nos comuniquemos con usted en su trabajo o por correo. Debe enviar su solicitud a: Privacy Officer, Corporate Compliance Office, Wing IV, City of Hope, 1500 E. Duarte Road, Duarte, CA 91010.

Aviso Especial sobre el Correo Electrónico: Quizás le resulte más cómodo comunicarse con COH o con un miembro de su equipo de tratamiento mediante correo electrónico. Podremos comunicarnos con usted de esta manera si usted así lo solicita o si usted inicia una comunicación por esta vía con nosotros. Sin embargo, las comunicaciones por correo electrónico no están cifradas y no son seguras. COH no puede proteger la confidencialidad de su PHI cuando se transmite por Internet y no puede evitar que dicha información se reenvíe a terceros una vez que haya sido enviada.

- **Derecho de Acceso a su Registro de COH**

Usted tiene derecho a leer o pedir una copia del archivo de su historia clínica, registros de facturación y algunos otros datos de su PHI archivada por COH por medio del Formulario de Solicitud de Acceso a la Información Protegida sobre la Salud. Puede solicitar este formulario en cualquier punto de servicio de COH o llamando al (626) 256-4673, Ext. 62446. Envíe la solicitud completa al departamento de historias clínicas de su punto de servicio de COH. Se le cobrará el costo corriente de una copia por las copias provistas. También deberá hacerse cargo de los costos postales si desea que le enviemos las copias por correo.

Si mantenemos su PHI en un registro de salud electrónico, usted tiene derecho a solicitar que le brindemos, a usted o a otra persona que usted designe, una copia de su PHI en formato electrónico. No le cobraremos un cargo mayor que nuestros costos administrativos para responder a su solicitud de obtener su PHI en formato electrónico.

Podremos rechazar su solicitud de inspección y copia en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a información médica, puede pedir que se reconsidere la negación.

- **Derecho a Enmendar Su Historia Clínica de COH**

Si considera que la información de su historia clínica es incorrecta o está incompleta, usted tiene derecho a solicitarnos, por escrito, la enmienda de su historia clínica. Puede pedir una *Solicitud de Enmienda* en cualquier punto de servicio de COH y enviar dicha solicitud firmada al departamento de historias clínicas de su punto de servicio de COH. Es posible que rechacemos su solicitud, pero en ese caso le daremos una explicación por escrito y usted podrá presentar una apelación escrita ante COH. Si rechazamos su solicitud de enmienda de la historia clínica, podemos agregar una copia de su solicitud a su historia clínica si usted así lo solicita.

También tiene derecho a pedirnos que adjuntemos un apéndice a su historia clínica, que puede constar de hasta 250 palabras por cada punto que usted considere incompleto o incorrecto. Puede pedir un formulario de *Solicitud para Incluir un Apéndice* y un formulario de *Apéndice del Paciente para la Historia Clínica* en cualquier punto de servicio de COH y enviar dicha solicitud firmada al departamento de historias clínicas de su punto de servicio de COH.

- **Derecho a Recibir un Recuento de Instancias de Divulgación**

Si usted lo solicita, podrá obtener una lista (también llamada “recuento”) de ciertas instancias de divulgación de su PHI por parte de COH durante cualquier período anterior a la fecha de su solicitud, a condición de que: (a) dicho período no exceda los seis años; (b) no se incluyan las instancias de divulgación en casos de tratamientos, pagos, operaciones de atención médica y otros fines determinados; y (c) también se excluyan las instancias de divulgación anteriores al 14 de abril de 2003. Para solicitar un recuento, pida un formulario de *Solicitud de Recuento* y preséntelo completo a: Privacy Officer, Corporate Compliance Office, Wing IV, City of Hope, 1500 E. Duarte Road, Duarte, CA 91010.

El primer recuento que usted solicite dentro de un período de 12 meses es gratis. Para recuentos adicionales, es posible que le cobremos los costos correspondientes al suministro del recuento o los recuentos. Le notificaremos por adelantado acerca del costo y usted puede optar por retirar su solicitud en ese momento, antes de contraer la obligación de pagar dicho costo.

Derecho a Recibir una Copia Impresa de este Aviso

Si lo solicita, usted puede obtener una copia impresa de este Aviso, aun cuando haya aceptado recibir este Aviso en forma electrónica en nuestro sitio de Internet www.cityofhope.org. Para obtener una copia impresa de este Aviso, comuníquese con el Defensor de Pacientes al (626) 256-4673, Ext. 62285.

- **Derecho a Obtener Información Adicional; Reclamos**

Si desea obtener más información sobre sus derechos de privacidad, si le preocupa que hayamos incurrido en una violación de dichos derechos o no está de acuerdo con una

decisión que hayamos tomado sobre el acceso a su PHI o la enmienda de dicha información, puede contactarse con el Defensor de Pacientes de COH en City of Hope National Medical Center, 1500 East Duarte Road, Duarte, CA 91010-3000, teléfono: (626) 256-4673, Ext. 62285. También puede presentar una reclamación por escrito a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue S.W.
Washington, D.C. 20201
Número de Teléfono: 202-619-0257
Llame sin Costo: 1-877-696-6775

No se tomarán represalias ni se iniciarán acciones legales contra usted si presenta una queja ante COH o la Secretaría.

V. Fecha de Entrada en Vigor y Cambios En Este Aviso

Este Aviso entra en vigor el 1 de junio de 2011. Nos reservamos el derecho a realizar modificaciones a este Aviso en cualquier momento. Ante modificaciones en este Aviso, los términos del nuevo Aviso, así como cualquier información que recibamos en el futuro, se aplicarán a toda su PHI que tenemos en nuestros archivos. Si modificamos el presente Aviso, publicaremos la nueva versión en COH y en nuestro sitio de Internet www.cityofhope.org. Además, cada vez que se registre en COH o ingrese como paciente internado o ambulatorio para recibir tratamiento o someterse a un procedimiento médico, podrá solicitar una copia actualizada del Aviso vigente.