



Estimados pacientes y familiares:

Los médicos y el personal de Children's Primary Care Medical Group (CPCMG) y de los servicios de gestión de médicos de Rady Children's queremos brindarle un cálido agradecimiento y darle la bienvenida a usted y su familia.

Al elegir nuestro grupo médico, descubrirá que somos únicos en nuestra habilidad de ofrecer servicios de atención primaria pediátrica superior mediante más de 100 proveedores que ejercen en veintiuno (21) consultorios ubicados en San Diego y los condados del sur de Riverside. Nuestro acceso a Rady Children's Hospital y sus muchos especialistas pediátricos afiliados nos brinda una oportunidad única de trabajar en conjunto para mejorar el estado de salud de los niños que atendemos. Estamos comprometidos a entregar atención de salud y servicios de salud de calidad para todos nuestros pacientes.

Búsquenos en su vecindario y sepa que estamos comprometidos a trabajar con usted para tomar las mejores decisiones de salud para su familia.

Si necesita algo más, comuníquese con la oficina de CPCMG de su elección o visite nuestro sitio Web en www.CPCMG.net.

Gracias por escogernos para las necesidades de atención de salud de sus hijos.

Sincerely,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "A. Breslow".

Adam Breslow, M.D., F.A.A.P.
President
Children's Primary Care Medical Group

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Reggie Roman".

Reggie Roman
President/Chief Executive Officer
Rady Children's Physician Management Services

Nuestro compromiso con el Hogar médico

Bienvenido y gracias por elegir Children's Primary Care Medical Group (CPCMG). Hemos asumido el compromiso de brindarle la mejor atención médica en función de las necesidades de su salud.

Nuestro objetivo es formar una asociación con usted para que recupere su salud cuando esté enfermo, para que conserve la buena salud y para promover su bienestar físico y emocional.

El compromiso con la clínica del Hogar médico centrado en el paciente le proporcionará un modelo de atención ampliada. Trabajaremos junto a usted y a sus otros proveedores de atención de la salud para cuidarlo. Tendrá mejor acceso a nuestros proveedores a través de nuevas tecnologías que incluyen el Portal para pacientes de CPCMG (MyChart).

Como su proveedor de atención primaria:

- Obtendremos información sobre usted, su familia, las circunstancias de su vida y sus objetivos y preferencias respecto a su salud.
- Recordaremos lo que sabemos sobre usted cada vez que solicite atención, y le sugeriremos tratamientos que le resulten convenientes.
- Nos encargaremos de su cuidado si tiene una enfermedad a corto plazo o una enfermedad crónica a largo plazo, y de su bienestar general.
- Le informaremos cuando deba aplicarse vacunas y realizarse exámenes de detección preventivos cuando corresponda.
- Lo pondremos en contacto con otros miembros de su equipo de atención (especialistas, instructores de salud, etc.) y coordinaremos su atención con ellos a medida que cambien las necesidades de su salud.
- Estaremos a su disposición fuera del horario de atención si tiene necesidades urgentes.
- Le notificaremos los resultados de los exámenes de manera oportuna.
- Nos comunicaremos con usted con claridad para que comprenda las afecciones que tiene y todas sus opciones.
- Escucharemos sus preguntas y lo alentaremos a que exprese sus sentimientos. Los miembros del equipo de atención de la salud las responderán sin demora de una manera que usted comprenda.
- Lo ayudaremos a tomar las decisiones más convenientes sobre su atención.
- Le suministraremos información sobre clases, grupos de apoyo u otros servicios que puedan ayudarlo a aprender más sobre la afección que tiene y a preservar su salud.

Confiamos en que usted, como nuestro paciente:

- Sabe que es un socio fundamental en el cuidado de su salud.
- Comprende su afección médica, hará preguntas sobre su atención y, si hay algo que no comprende, nos lo dirá.
- Obtendrá información sobre las afecciones que tenga y sobre qué puede hacer para preservar su salud tanto como sea posible.
- Seguirá el plan que, de común acuerdo, hayamos considerado que es óptimo para su salud. Tomará los medicamentos según lo indicado.
- Acudirá a las citas programadas o llamará para reprogramarlas o cancelarlas lo antes posible.
- Nos informará todos los medicamentos y suplementos que tome. Asegúrese de incluir los medicamentos recetados, de venta sin receta médica, naturales y a base de hierbas junto con cualquier suplemento alimenticio que esté tomando.
- Nos informará cuando visite a otros proveedores de atención de la salud para que podamos ayudar a coordinar la mejor atención para usted.
- Nos llamará si no recibe los resultados de los exámenes en determinada cantidad de 4 días.
- Se comunicará con nosotros fuera del horario de atención si su afección médica no puede esperar hasta el día siguiente.
- De ser posible, se comunicará con nosotros antes de acudir a la sala de emergencias para que alguna de las personas del equipo que conozca sus antecedentes médicos pueda ayudar a coordinar su atención. Contamos con centros regionales disponibles fuera del horario de atención a los que puede ser dirigido.
- Comprende la cobertura de su seguro de salud y se comunicará con CPCMG si tiene preguntas sobre su factura.
- Llevará la tarjeta de su seguro de salud vigente a cada visita. Pagará la parte de los costos que le corresponda.
- Nos dará su opinión para que mejoremos nuestra atención.

Esperamos trabajar pronto junto a usted como equipo de atención primaria en su hogar médico centrado en el paciente.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Los médicos y el personal de Children's Primary Care Medical Group y de Rady Children's Physician Management Services se encuentran comprometidos en trabajar con usted en forma conjunta para mantener la buena salud de su niño.

PARA UNA ÓPTIMA ATENCIÓN DE SU NIÑO, USTED TIENE *DERECHO* A:

- Recibir una atención adecuada, considerada y respetuosa independientemente de la raza, sexo, discapacidad o la situación cultural, económica o religiosa.
- Seleccione su médico y ubicación como Hogar médico de su hijo y comprenda los derechos específicos como miembro del equipo del Hogar médico.
- Conocer el nombre y cargo de las personas que le brindan atención a su niño, así como también el tipo de atención que le brindan a su niño.
- Recibir asistencia de traducción de idioma, cuando fuera necesario, si usted habla un idioma que no sea el inglés.
- Comunicarse con las personas encargadas de la atención con respecto a la enfermedad, tratamiento y perspectivas de recuperación de su niño de una forma que ayude a que usted entienda.
- Recibir toda la información que usted necesite a los fines de dar o negar el consentimiento para cualquier tratamiento propuesto. Excepto en caso de emergencias, esto incluye formas alternativas de tratamiento o la falta de tratamiento y los riesgos que cada uno de ellos implica.
- Participar en forma activa de cualquier decisión con respecto a la atención médica de su niño. En la medida en que la ley lo permita, esto incluye el derecho a rechazar el tratamiento y a solicitar una segunda opinión.
- Hablar sobre los costos de la atención de su niño, revisar las facturas médicas por dicha atención y recibir una explicación de los cargos.
- Hablar con un proveedor de atención médica acerca de la historia clínica de su niño, solicitar acceso, inspección, copia o modificación de la historia clínica de su niño.
- Esperar privacidad con respecto a la atención médica brindada a su niño, incluyendo la discusión del caso, consultas, exámenes y tratamientos. Se le dará a conocer el motivo de la presencia de cualquier persona.
- Recibir un Aviso de Prácticas de Privacidad que describa nuestras políticas de privacidad, una explicación de a quién divulgamos la información de su niño y las restricciones con respecto a cómo comunicamos la divulgación de información.
- Recibir continuidad razonable de la atención y un aviso anticipado del horario y la ubicación de las consultas, así como también la identidad de las personas que brindan la atención.
- Recibir aviso y rechazar participar en cualquier proyecto de investigación que involucre a su niño.
- Que todos los derechos y responsabilidades del paciente se apliquen a la persona que tiene autorización legal para tomar decisiones en nombre de su niño con respecto a la atención médica.
- Expresar sus preguntas o preocupaciones con respecto a la atención o al servicio comunicándose con el proveedor o el personal administrativo apropiado. Usted también puede expresar su preocupación por la calidad de la atención comunicándose con nuestro Departamento Defensor del Paciente al (858) 502-1197, la AAAHC al (847) 853-6060 o la Junta Médica de California al (800) 633-2322.
- Comuníquese con el consultorio de su proveedor, el Departamento Defensor del Paciente mencionado anteriormente o su plan de seguro de salud para cambiar de proveedor.
- Recibir información con respecto a cualquier plan de discontinuar la atención de su niño.
- Saber que todos los médicos y personal respetarán estos derechos del paciente.

TAMBIÉN CREEMOS QUE USTED Y SU NIÑO TIENEN LAS SIGUIENTES RESPONSABILIDADES:

- Coordine la mayoría de la atención de salud de su hijo a través del Hogar médico.
- Brindar información precisa y completa con respecto a la salud de su niño.
- Participar en forma activa de las decisiones con respecto a la atención de la salud de su niño.
- Conocer los requisitos de atención de salud de su niño luego de una visita al médico de su niño.
- Expresar sus preguntas o preocupaciones con respecto a la atención o al servicio comunicándose con el personal apropiado.
- Brindar información precisa y completa con respecto al seguro de salud de su familia.
- Estar familiarizado con sus beneficios de atención de la salud. Aceptar la responsabilidad financiera (es decir copagos, coseguro y deducibles) relacionados con los servicios brindados.
- Ser considerado con otros pacientes, familias y el personal. Respetar la propiedad y al personal de Children's Primary Care Medical Group y Rady Children's Physician Management Services.



Lista de verificación de pacientes nuevos

Gracias por elegirnos para su atención pediátrica. Recuerde traer lo siguiente en su primera consulta:

- Formularios completados
 - Cuestionario sobre antecedentes del paciente
 - Términos y condiciones de servicio
 - Autorización para consentimiento de terceros para tratamiento
 - Formulario de divulgación de registros
 - Registro de pacientes y cesión de beneficios
 - Acuse de recibo del Aviso conjunto de prácticas de privacidad
- Identificación militar o tarjeta del seguro del paciente
- Tarjeta de vacunación (tarjeta amarilla)
- Resumen del alta hospitalaria (solo para los recién nacidos)
- Cualquier historial médico anterior que pueda ayudar a mantener la continuidad de la atención del paciente

Gracias.
Representantes del centro de bienvenida de RCPMS

Cuestionario del historial del paciente

Colocar aquí la etiqueta del paciente

Nombre del paciente: _____

Historial del nacimiento: (si el niño nació durante los últimos 12 meses)

¿Su niño recibió al nacer la vacuna contra la Hepatitis B? No Sí - Fecha: _____

Longitud al nacer _____ Peso al nacer _____ Hospital/Centro donde nació: _____

Edad gestacional _____ Lugar de nacimiento (ciudad/país): _____

Enumere cualquier problema al nacer _____

Historial médico: ¿Su niño alguna vez ha tenido alguna de las siguientes? Por favor marque con un círculo sí o no.

ADD/ADHD	Sí	No	Varicela	Sí	No	Dolores de cabeza.	Sí	No	Neumonía	Sí	No
Alergias	Sí	No	Enfermedad congénita	Sí	No	Problemas auditivos	Sí	No	Escoliosis	Sí	No
Anemia	Sí	No	Diabetes	Sí	No	VIH/SIDA	Sí	No	Convulsiones	Sí	No
Ansiedad	Sí	No	Infecciones auditivas	Sí	No	Ictericia	Sí	No	Células falsiformes	Sí	No
Asma	Sí	No	Problemas de alimentación	Sí	No	Envenenamiento por plomo	Sí	No	Tuberculosis	Sí	No
Infección de vejiga/renal	Sí	No	Eczema	Sí	No	Meningitis	Sí	No	Problemas en la visión	Sí	No
Cáncer	Sí	No	Colitis/Enfermedad intestinal	Sí	No	Soplo cardíaco	Sí	No	Amigdalitis estreptocócica (recurrente/frecuente)	Sí	No

Enumere otros problemas médicos _____

Historial quirúrgico: ¿Su niño alguna vez ha tenido alguna de las siguientes? Por favor marque con un círculo sí o no.

Apendicetomía Sí No Cirugía en los ojos Sí No Biopsia de nódulo linfático Sí No

Tubos en los oídos Sí No Reparación de hernia Sí No Amigdalectomía Sí No

Enumere otras operaciones o procedimientos _____

Historial familiar: Por favor coloque un tilde en el caso de cualquiera de estos trastornos:

Familiar	Asma	Anomalías congénitas	Cáncer	Diabetes	Muerte temprana	Enfermedad Cardíaca (ataque cardíaco antes de los 55, o cualquier defecto cardíaco)	Hipertensión arterial	Colesterol Elevado	Trastorno renal o de vejiga en la niñez	Trastornos en el aprendizaje	Enfermedad Mental	ACV (antes de los 55)	Abuso de sustancias	OTRO: de déficit de atención con hiperactividad	OTRO: Alergia	OTRO: Coágulos sanguíneos	OTRO: Infecciones en oídos o senos nasales (frecuentes)	OTRO: Eczema	OTRO: Trastorno estomacal o intestinal	OTRO: Trastorno de cadera en la niñez	OTRO: Migrañas	OTRO: Prueba positiva de TBC	
Madre																							
Padre																							
Hermana																							
Hermano																							
Hermana de la madre																							
Hermano de la madre																							
Hermana del padre																							
Hermano del padre																							
Madre de la madre																							
Padre de la madre																							
Madre del padre																							
Padre del padre																							

Enumere cualquier otro trastorno hereditario de importancia _____

Historial social:

¿Quiénes viven en el hogar? _____

¿Alguna persona fuma alrededor de su niño? Sí No ¿Hay una piscina o una tina caliente en el hogar? Sí No

¿Hay algún arma en el hogar? Sí No ¿Ha habido violencia en el hogar? Sí No

Enumere las mascotas del hogar _____

Enumere cualquier otra cosa significativa de su ambiente familiar _____

Persona que completó el formulario: Firma: _____ Fecha: _____ Relación con el paciente: _____

Revisado por el proveedor: _____ Fecha: _____

(Firma)



**Términos y condiciones de servicio:
Servicios médicos y acuerdo financiero**

- 1) **Consentimiento médico:** Doy mi consentimiento para los tratamientos o procedimientos, medicamentos, inyecciones, extracciones de sangre para realizar análisis y para los servicios a pacientes ambulatorios que se brinden a mis hijos bajo las instrucciones generales y especiales de los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud que participen en la atención de mis hijos. También doy mi consentimiento para la internación de mis hijos en Rady Children's Hospital, si ello fuera necesario para la atención de ellos.
- 2) **Divulgación de información médica:** CPCMG obtendrá mi autorización escrita para revelar información acerca de mi tratamiento médico, excepto en aquellas circunstancias en las cuales la ley permita o solicite a CPCMG revelar información (ver Aviso de prácticas de privacidad para obtener una descripción de las circunstancias específicas en las cuales CPCMG puede divulgar esta información). Por ejemplo, CPCMG puede divulgar una copia de mi registro de paciente a proveedores de atención de la salud, planes de salud y agencias gubernamentales. Además, comprendo que si recibo un diagnóstico de cáncer, una enfermedad que debe informarse en California, la ley solicita a CPCMG proporcionar un informe de mi diagnóstico al Departamento de Servicios de Salud del estado.
- 3) **Acuerdo financiero:** Comprendo que aún si el seguro cubre a mi hijo, es posible que yo sea financieramente responsable de algunos o de todos mis servicios médicos. Por ejemplo, si tengo un copago o un deducible, estoy de acuerdo en pagar las sumas que yo debo. No todos los planes de seguros cubren todos los servicios. Si no tengo un seguro que cubra los servicios que yo recibo, acuerdo pagar a CPCMG por los servicios profesionales y clínicos, incluyendo los servicios de proveedores de CPCMG, de acuerdo con las tarifas habituales y los términos de CPCMG. También acuerdo pagar por los servicios profesionales brindados en CPCMG por otros proveedores de atención de la salud. Si no puedo pagar, comprendo que puedo calificar para recibir asistencia pública, acuerdos especiales de pago o atención caritativa. También comprendo que cuando mi garante o el garante de mis hijos firme este acuerdo, será responsable del pago, lo que incluye todos los honorarios de cobro (honorarios de abogados, costos y gastos de cobro), además de cualquier otra suma debida. Las cuentas impagas que se deriven a agencias externas para su cobro generan interés a la tasa legal vigente.

Si programó una cita solo para una visita de bienestar examen físico y el médico trata a sus hijos por una enfermedad o lo orienta con respecto a una enfermedad durante esta visita, podría existir un copago por separado que será su responsabilidad.

- 4) **Cesión de beneficios (incluidos los beneficios de Medicare):** Autorizo al pago directo a CPCMG de cualquier beneficio de seguro, lo que incluye seguro hospitalario y beneficios por incapacidad de indemnizaciones por desempleo que de otro modo serían pagaderos a o en mi nombre por servicios brindados por CPCMG, lo que incluye los servicios de emergencia a una tarifa que no exceda los cargos actuales de CPCMG. Comprendo que soy financieramente responsable de los cargos no pagados en virtud de este acuerdo. Asimismo, doy mi consentimiento para que cualquier saldo que resulte del pago del seguro u otras fuentes pueda ser aplicado a cualquier otra cuenta que yo deba a CPCMG.

Firma del padre, madre o tutor

Fecha



Children's Primary Care Medical Group

AUTORIZACIÓN PARA QUE UN TERCERO DÉ EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR QUE NO POSEE LA CAPACIDAD LEGAL PARA OTORGAR SU CONSENTIMIENTO

Soy _____ el padre/la madre
_____ el tutor
_____ otra persona que tiene la custodia legal _____
(describa la relación legal)

de (nombre del menor) _____, una
persona menor de edad.

Por el presente autorizo a las siguientes personas a actuar como mis representantes para dar el consentimiento a fin de realizar exámenes radiológicos, administrar anestesia, hacer diagnósticos quirúrgicos u odontológicos, aplicar vacunas, administrar tratamientos y brindar atención hospitalaria, cuando tales servicios los recomiende un médico con licencia y se brinden bajo su supervisión general o especial, independientemente de que el diagnóstico o tratamiento se realice en el consultorio del médico o en un hospital.

Nombre: _____ Relación: _____ N.º de teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ N.º de teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ N.º de teléfono: _____

Entiendo que esta autorización se da con anterioridad a cualquier diagnóstico, tratamiento o servicio de atención hospitalaria específico que fuese necesario, y se extiende a fin otorgarle facultades al representante antes mencionado para dar su consentimiento para el diagnóstico, tratamiento o servicio de atención hospitalaria que recomiende un médico o dentista con licencia.

Fecha: _____ Firma: _____

Place Patient Label Here

**Records Request Form
Authorization for Use or Disclosure of Health Information**

Completion of this document authorizes the disclosure and/or use of individually identifiable health information, as set forth below, consistent with California and Federal law concerning the privacy of such information. Failure to provide all information requested may invalidate this authorization.

AUTHORIZATION: I hereby authorize

Name: _____

Address: _____

Phone #: _____

Fax #: _____

to furnish to:

Children's Primary Care Medical Group
3880 Murphy Canyon Road, Suite 200
San Diego, CA 92123
Phone: (858) 502-1125 Fax: (858) 573-0364
Email: CPCMGHIM@rchsd.org

Medical records and information pertaining to medical history, mental or physical condition, services rendered, or treatment for:

_____ DOB: _____ MR#: _____

(Print last name, first name)

Information to be released: _____

USES: The information supplied is to be used for treatment purposes.

DURATION: This authorization shall become effective immediately and remain in effect for 12 months from the date signed.

SIGNATURE: _____ **TIME:** _____ **DATE:** _____

(Patient/Parent/or Legal Guardian)

Print name: _____ Relationship to Patient: _____

I **UNDERSTAND** that I have the right to revoke this authorization of any time. My revocation must be in writing, signed by me or by my legal representative and delivered to:

My revocation will be effective upon receipt, but will not be effective to the extent that the requester or others have acted in reliance upon this Authorization. I have a right to receive a copy of this Authorization. I will not be required to sign this Authorization as a condition to obtaining treatment or payment or my eligibility for benefits.

California law prohibits the requester from making the further disclosure of health information unless the requester obtains another authorization from me or unless such disclosure is specifically required or permitted by law.

Delivery Options: Please do not fax more than 30 pages (if more, please mail).

RELEASE RECORDS: Electronically Paper, if not available electronically

RECORDS SHOULD BE: Mailed

Email: CPCMGHIM@rchsd.org

Special Authorization

I specifically authorize the release of (Check all that apply):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> HIV/AIDS testing | <input type="checkbox"/> Psychological/psychiatric treatment |
| <input type="checkbox"/> Drug or alcohol abuse | <input type="checkbox"/> Reproductive health |

I understand I am authorizing the release of sensitive/confidential information.

If patient is over 12 years old, the patient must sign below.

Sign

Print Name

Date

REGISTRO DE PACIENTES Y CESIÓN DE BENEFICIOS

I. **INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

(APELLIDO) _____ (NOMBRE) _____ (SEG. NOM.) _____ SOBRENOMBRE _____
 Fecha de nac.: _____ Sexo: femenino o masculino N.º de seguro social: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Teléfono: _____ Correo electrónico de contacto: _____ Idioma: _____
 Nombre de soltera de la madre: _____ Origen étnico: _____ Raza: _____
 Proveedor de atención primaria del paciente: _____

II. **PADRE 1/TUTOR LEGAL 1:**

Nombre: (APELLIDO) _____ (NOMBRE) _____ (SEG. NOM.) _____
 Rel. con paciente: _____ Tutor legal: Sí/no/otro: _____
**¿La dirección es la misma que la del niño? SÍ NO (Complete la siguiente información si es otro domicilio)*
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Tel. hogar: _____ Celular: _____ Laboral: _____

III. **PADRE 2/CONTACTO DE EMERGENCIA:**

Nombre: (APELLIDO) _____ (NOMBRE) _____ (SEG. NOM.) _____
 Rel. con paciente: _____ Tutor legal: Sí/no/otro: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Tel. hogar: _____ Celular: _____ Laboral: _____

IV. **GARANTE:** (PERSONA RESPONSABLE FINANCIERAMENTE DEL NIÑO)

Nombre: (APELLIDO) _____ (NOMBRE) _____ (SEG. NOM.) _____
 Rel. con paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de seguro social: _____
**¿La dirección es la misma que la del niño? SÍ NO (Complete la siguiente información si es otro domicilio)*
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 N.º de teléfono: _____

V. **INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR DEL GARANTE:**

Nombre del empleador: _____ Ocupación del garante: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Tel. laboral: _____ Situación de empleo: _____

VI. **SEGURO PRIMARIO:**

Nombre de la compañía de seguros: _____ N.º de identificación del miembro: _____
 N.º de grupo: _____ Fecha de vigencia del seguro: _____

VII. **INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR:**

**¿La dirección del suscriptor es la misma que la del garante? Sí (Pase a la sección "VII" y firme) No (Complete la sección "VII")*
 Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nac.: _____ Ocupación: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 N.º de teléfono: _____

***Firma del padre, madre o tutor legal:** _____ **Fecha:** _____

***Relación con el paciente:** _____ **Testigo:** _____

Cuando necesite comunicarse con el pediatra de su hijo fuera del horario de atención...

Cuando se comunique con su pediatra fuera del horario de atención, cada oficina, con la ayuda de un mensaje grabado o un servicio de mensajes contestadora le dará instrucciones de cómo obtener atención médica para su hijo. Siga las pautas que aparecen a continuación para recibir consejos.

Pautas:

- Si cree que su hijo tiene una emergencia de riesgo de vida o de pérdida de una extremidad, llame al 911 de inmediato.
- Si no es una emergencia de riesgo de vida, llame al número telefónico de la oficina de su pediatra para obtener indicaciones. Las renovaciones de medicamento las debe hacer el pediatra de su hijo durante el horario de atención normal.
- Los medicamentos de venta sin receta médica se deben usar de acuerdo con la información que aparece en la etiqueta.
- Haga solo una llamada telefónica a la oficina y espere una respuesta. Las llamadas se devuelven de acuerdo con la urgencia médica.
- Para obtener consejos médicos o de salud adicionales visite la *Health Library (Biblioteca de salud)* en nuestro sitio Web en: www.cpcmg.net.

Si llama después del horario de atención, esté listo para:

- Proporcionar el nombre y fecha de nacimiento de su hijo, un número telefónico donde poder contactarse con usted, el nombre del pediatra de su hijo y la información de su seguro.
- Si su hijo tiene fiebre, tómele la temperatura antes de llamar.
- Si tiene una pregunta sobre los medicamentos, tenga el envase disponible para que la enfermera pueda verificar la información y la dosis del medicamento.
- La enfermera le hará varias preguntas sobre la enfermedad de su hijo, esté listo para hablar sobre los síntomas que le preocupan.
- Tenga un papel y un lápiz disponible para anotar las instrucciones.

Cuidado extendido primario de niños (CPEC)

Ahora proporcionamos atención pediátrica fuera del horario de atención para visitas ambulatorias en caso de enfermedad en las regiones de East County, North Coastal, South Bay, Scripps Parkway y Southern Riverside.

East County

250 E. Chase Ave, #108

El Cajon, CA 92020

Mon-Thurs (5:30pm – 8:30pm)

Sundays (10:00am – 2:00pm)

North Coastal

12395 El Camino Real, #219

San Diego, CA 92130

Mon-Thurs (5:30pm – 8:30pm)

Sundays (10:00am – 2:00pm)

Scripps Parkway

12036 Scripps Highlands Dr., #102

San Diego, CA 92131

Mon-Thurs (5:30pm – 8:30pm)

Sundays (10:00am – 2:00pm)

South Bay

769 Medical Center Court, # 300

Chula Vista, CA 91911

Mon-Thurs (5:30pm – 8:30pm)

Sundays (10:00am – 2:00pm)

Southern Riverside

25485 Medical Center Dr., # 220

Murrieta, CA 92562

Mon-Thurs (6:00pm – 8:45pm)

Vista

2067 West Vista Way, #180

Vista, CA 92083

Mon-Thurs (5:30pm – 8:30pm)

Sundays (10:00am – 2:00pm)



ACUSO DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN CONJUNTA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Rady Children's Hospital San Diego y los miembros de su personal médico, Children's Specialists of San Diego, Children's Primary Care Medical Group, Children's Physicians Medical Group, y 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 de privacidad.
- Permitir solicitud de restricciones en el uso o divulgación de la información médica y notificarle si no podemos acatar una restricción solicitada.
- Complacer peticiones razonables 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 de obtener una relación 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 nuevas disposiciones efectivas para la información médica que mantenemos. 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 Personal

Fecha



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

Revisado: Septiembre 23, 2013

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

Rady Children's Hospital - San Diego
Rady Children's Pharmacy
Rady Children's Chadwick Center
Rady Children's Hospital Emergency Transport Service (RCHET)
Rady Children's Specialists of San Diego, A Medical Foundation
Bernardy Center for Medically Fragile Children
Rady Children's HomeCare
Rady Children's Urgent Care Centers

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

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

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

RECURSOS PARA INFORMACIÓN:

Rady Children's Hospital San Diego

Rady Children's Specialists of San Diego, A Medical Foundation

Oficial de Privacidad: (858) 576-1700 ext 2827

Archivos Médicos: (858) 966-4919

Sitio en Internet: www.rchsd.org

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

Oficial de Privacidad: (858) 576-1700 ext 2827

Archivos Médicos: (858) 966-4919

Sitio en Internet: www.childrensspecialists.com

Children's Primary Care Medical Group, Inc.

Oficial de Privacidad: (858) 502-1186

Archivos Médicos: (858) 636-4300

Sitio en Internet: www.cpcmg.net

Children's Physicians Medical Group, Inc.

Oficial de Privacidad: (858) 309-6270

Archivos Médicos: (877) 276-4543

Sitio en Internet: www.cpmgsandiego.com

UCSD Pediatric Associates

Oficial de Privacidad: (858) 502-1186

Archivos Médicos: (858) 496-4800

Sitio en Internet: www.health.ucsd.edu

OBJETIVO DE ESTA NOTIFICACIÓN

Los proveedores participantes en esta notificación (llamados “nosotros”) están comprometidos en proteger la privacidad de la información médica. Esta notificación le indicará en qué forma podemos usar y divulgar su información médica (si usted es nuestro paciente) o la de su niño (si su hijo es nuestro paciente) y describe sus derechos y nuestras obligaciones relacionadas al uso y divulgación de información médica. Esta notificación aplica a todos los expedientes de cuidado de usted/su hijo generados por los sitios de Rady Children’s Hospital o grupos médicos enumerados en esta notificación.

Tenemos el deber y la responsabilidad de salvaguardar la información médica del paciente. 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.

EN QUÉ FORMA PODRÍAMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Las siguientes categorías describen diferentes formas de cómo podemos usar y divulgar información médica del paciente. Por cada categoría de usos y divulgaciones, explicaremos lo que queremos decir y daremos por lo menos un ejemplo de cómo podemos usar o divulgar información médica del paciente. No se mencionarán todos los usos o divulgaciones. Sin embargo, todas las formas permitidas para el uso y divulgación de la información médica del paciente será parte de una de las categorías.

Solicitud de divulgación - Es posible que divulguemos la información médica del paciente cuando usted lo solicite. Esta solicitud necesitará su autorización por escrito.

Para tratamientos - Es posible que se use y divulgue su información médica para brindar tratamientos y servicios. Por ejemplo, podríamos revelar su información médica a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes, residentes y otros proveedores de cuidados médicos, a otros hospitales o agencias de cuidados en el hogar, con el propósito de poderle proporcionar y coordinar cuidados prolongados.

Para pagos - Se puede 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 divulgar su información médica acerca de una cirugía específica que se llevó a cabo en el Hospital para recibir pagos o reembolsos de parte de su seguro médico. También pudiéramos informar a su compañía de seguros sobre un tratamiento que Ud. /su hijo va a recibir y obtener previa autorización o determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

Para Operativos del Sistema Médico - Usamos y divulgamos información para manejar nuestras organizaciones de cuidados médicos y asegurarnos que todos nuestros pacientes reciben servicios de cuidado comprensivos y de calidad. Por ejemplo: podríamos usar y divulgar información médica para actividades de control de calidad, como llamadas telefónicas para darle seguimiento al estado de salud del paciente después de ser dado de alta; para realizar programas de capacitación en los cuales estudiantes o proveedores aprenden bajo supervisión a ejercer o mejorar sus habilidades como proveedores de cuidado médico; capacitación a los profesionales que no estén involucrados en el cuidado médico; ofrecer privilegios médicos al personal médico y no médico; actividades administrativas que incluyen planificación y desarrollo financiero y comercial; acreditación, certificación, licencias para revisión médica, servicios legales y de auditoría o para obtener o mantener seguro médico; actividades de servicio del paciente, incluyendo investigación de quejas; educación médica; y para proporcionarle información acerca de nuevas y mejores oportunidades de cuidado y servicio; o para informarle o recomendarle posible opciones de tratamientos o alternativas que sean de interés para usted o su hijo.

Entre participantes - También podemos compartir información entre nosotros si fuera necesario para llevar a cabo tratamientos, pagos o para operaciones del sistema médico relacionado a nuestro arreglo organizado para el cuidado médico.

Para recordatorios de citas - Podemos usar y divulgar información médica para contactarlo y recordarle acerca de una cita para fines de tratamiento o cuidado médico en nuestras instalaciones médicas.

Para productos o servicios relacionados con la salud - Podemos usar y divulgar información médica para informarle acerca de nuestros productos relacionados con la salud o servicios que pudieran interesarle.

Directorio de información - Contamos con un directorio de información acerca de pacientes hospitalizados, el cual incluye lo siguiente acerca de usted o su hijo: (1) nombre; (2) localización o el número de 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 se rehúse incluir esta información en nuestro directorio, esta información se usará para permitir a los visitantes encontrar su habitación o la de su hijo, para permitir a que se entreguen flores o para responder preguntas acerca de la condición general suya o de su hijo.

Individuos que participan en el cuidado médico o pago por cuidados - 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 el de su hijo, o quien ayuda a pagar por dichos cuidados o informar a su familia o amigos su condición o la de su hijo y que usted o su hijo están en el hospital. Además, podemos divulgar información médica a organizaciones que ayuden durante desastres (como la Cruz Roja), para poder notificar a su familia acerca de su condición, localización y estado o la de su hijo.

Recaudación de Fondos - Podemos usar información médica de usted/su hijo para comunicarnos con Ud. a fin de recaudar fondos para nuestras entidades médicas y sus actividades. Si esto se lleva a cabo, sólo se divulgará 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 evitar futuras solicitudes para recaudación de fondos.

Investigaciones científicas - Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar información médica para fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede implicar comparar la salud y recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento con aquellos que recibieron otro medicamento para la misma condición. Todos los proyectos científicos están sujetos a un proceso de aprobación especial. Este proceso evalúa un proyecto de investigación con especial consideración a la protección de la información médica individual. Antes de usar y divulgar la información médica para investigación, el proyecto habrá sido aprobado a través de este proceso de aprobación, y tal vez necesitemos proporcionar información médica acerca de usted o de su hijo a las

personas que están realizando dicho proyecto. Por ejemplo, podemos compartir información para ayudar a identificar el tipo de problemas del paciente que sean adecuados para el estudio siempre y cuando la información no salga afuera de la institución u oficina y los investigadores estén de acuerdo en proteger dicha información.

Mercadeo y ventas - Los usos y divulgaciones de la información médica para propósitos de mercadeo y divulgaciones constituyen una venta de información médica que requiere de su autorización.

Cómo es requerido por ley - Se divulgará información médica acerca de usted /su hijo cuando sea requerido por leyes federales, estatales o locales.

Donaciones de órganos y tejidos - Podemos divulgar información médica sin su permiso a organizaciones que manejan adquisición de órganos o trasplantes de órganos, ojos o de tejido, o con un banco de donación de órganos según sea necesario para coordinar una donación y/o trasplante de órganos, ojos o tejido. Esta divulgación de información no significa un compromiso de su parte para donar órganos, ojos o tejido.

Personal Militar - Si usted es un miembro de las fuerzas armadas de los Estados Unidos o de otro país, podríamos divulgar su información médica si el comando militar o las autoridades gubernamentales lo solicitaran.

Compensación al Trabajador - Si Ud. tuviera una lesión relacionada con su trabajo, podemos 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 - Podemos usar y divulgar su información médica cuando fuera necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o a la de su hijo, o a la salud y 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 o de su hijo, de otra persona o del público.

Actividades de supervisión médica - Podríamos divulgar su información médica a agencias para supervisión médica, para actividades autorizadas o requeridas por la ley. Por ejemplo: tales actividades de supervisión 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 - Podemos 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 a personas sobre revocación de productos que podrían estar usando.
- 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 usted/su hijo está involucrado 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 involucrada en una disputa legal. Esta información sólo se divulgará si se hizo el esfuerzo para notificarle a usted de dicha petición (lo que puede incluir una notificación escrita) para permitir que Ud. o su hijo 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 lo solicita, se divulgará la información médica por las siguientes razones:

- Según lo exija la 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
- En una emergencia médica para reportar un crimen, 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 Funerarias - Podemos 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 que requiera la ley. También podríamos divulgar información médica sobre pacientes en nuestras instalaciones a directores de funerarias, según fuera necesario para el cumplimiento de sus deberes.

Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia - Podemos divulgar 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 - Podemos divulgar 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 llevar a cabo investigaciones especiales.

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

Categorías especiales de información - Bajo ciertas circunstancias, la información médica puede estar sujeta a restricciones que pueden limitar o excluir algunos usos o divulgaciones descritas en esta notificación. Por ejemplo, hay ciertas restricciones en el uso o divulgación en ciertas categorías de información, como son tratamientos de drogadicción o alcoholismo, resultados del VIH y SIDA y tratamiento mental.

La mayoría de los usos y divulgaciones de reportes de psicoterapias necesitarán su autorización por escrito.

Podemos divulgar información médica al equipo del personal multidisciplinario relevante a la prevención, identificación, manejo o tratamiento de un abuso a menores o a los padres del niño.

Otros usos de información médica - Otros usos y divulgaciones de la información médica suya o de su hijo no descritas en esta notificación o por las leyes que aplican se realizarán sólo con su autorización escrita. Si usted nos proporciona su autorización para el uso y divulgación de la información médica, usted puede revocar dicho permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su autorización, esto evitará el futuro uso o divulgación de la información médica suya o de su hijo para propósitos descritos en su autorización escrita, excepto si ya hemos actuado en dependencia de su autorización. Somos incapaces de recuperar ninguna

SUS DERECHOS RELACIONADOS A LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE MANTENEMOS ACERCA DE USTED / SU HIJO

Usted tiene el derecho de:

1. Solicitar la restricción de ciertos usos y divulgaciones de información suya o de su hijo. Usted tiene el derecho a pedir una restricción o limitación en la información médica de usted o de su hijo 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 usted o su hijo a la persona involucrada en su cuidado o el de su hijo, o en el pago por su cuidado, tales como un familiar o amigo. Por ejemplo: usted puede pedir que no usemos ni revelemos información sobre una cirugía que usted o su hijo haya tenido. No tenemos la obligación de estar de acuerdo con su petición. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud, a menos que la información sea necesaria para darle tratamiento de urgencia. Para solicitar una restricción, usted tiene que pedirlo por escrito al Oficial de Manejo de Información Médica del Hospital o a la persona de contacto de los grupos médicos. En la petición, usted debe indicar (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, divulgaciones a un abuelo.
2. Obtener una copia impresa de esta Notificación de Prácticas de Privacidad cuando la solicite. Usted tiene derecho a una copia impresa de esta notificación. En cualquier momento puede pedirnos una copia de esta notificación. Aun cuando usted recibió esta notificación electrónicamente, usted tiene derecho a obtener una copia impresa. 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 los expedientes médicos suyos o de su hijo a un costo. Usted tiene el derecho a examinar y recibir una copia de información médica que pudiera ser usada para tomar decisiones sobre su cuidado o el de su hijo. Por lo general, esto incluye los expedientes médicos y registros de facturación y también pudiera incluir alguna información sobre la salud mental. Para examinar su información médica o la de su hijo puede solicitar una petición por escrito a la oficina de Manejo de Información Médica del Hospital o llame al personal del grupo médico que guarda sus expedientes o los de su hijo. Si usted pide una copia de la información médica, podemos cargar un honorario para los costos de copiado, envío por correo u otros suministros relacionados con su solicitud. Podemos revocar su solicitud bajo ciertas circunstancias limitadas. Si se le niega acceso a la información médica, usted puede pedir que ésta se revise. Otro profesional del cuidado de la salud autorizado elegido por el Hospital o grupo médico revisará su solicitud y la denegación. La persona que realiza la revisión no será la persona que negó su solicitud. Nosotros tenemos la obligación de actuar de acuerdo al resultado de tal revisión.
4. Solicitar una enmienda a los expedientes médicos suyos/su hijo si usted considera que la información es incorrecta o incompleta. Usted tiene el derecho de pedir una enmienda siempre y cuando la información se guarde en este hospital o grupo médico. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe ser hecha por escrito y presentada a la Oficina de Manejo de Información Médica del Hospital o a la persona de contacto de los grupos médicos que tiene los expedientes que usted quiere enmendar. Usted debe proporcionar una razón que apoye su solicitud. Podremos negar su solicitud si no está por escrito o no incluye la razón por la cual lo solicita. Además, podemos negar su solicitud si usted solicita que

enmendemos información que: 1) no fue generada por el Hospital o grupos médicos, a menos que usted nos pueda proveer información de que la persona o entidad que generó la información médica no está disponible para hacer la enmienda; (2) no forma parte de la información guardada por o para nuestras instalaciones; (3) no es parte de la información que se le permitirá examinar o copiar, o si está correcta y completa. Si negamos su solicitud para la enmienda, usted tiene el derecho de presentar por escrito una declaración de desacuerdo acerca de cualquier cosa o declaración en sus archivos que considere incompletos o incorrectos. Nosotros incluiremos su solicitud escrita o un resumen de esta información con la divulgación subsecuente de su información médica. Si usted claramente indica por escrito que desea que su petición de enmienda y nuestra respuesta forme parte de su historia médica o la de su hijo, incluiremos esta información o un resumen de esta información con cualquier divulgación subsecuente de su información médica o la de su hijo.

5. Obtener un recuento de divulgaciones de su información médica o la de su hijo. Usted tiene el derecho a pedir una lista de las divulgaciones que se hayan realizado de su información médica o la de su hijo, sin contar tratamientos, pagos y operativos del sistema médico, o según fueron autorizados por usted y por la ley. Para solicitar esta lista o recuento de las divulgaciones del Hospital o de los grupos médicos enumerados en esta notificación, usted la debe solicitar por escrito a la Oficina de Manejo de Información Médica del Hospital. Su solicitud debe establecer un período de tiempo no mayor de seis años anteriores a la petición 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.

Usted será notificado automáticamente si hay una violación de la información médica no protegida suya o de su hijo.

6. Solicitar comunicación confidencial por medios alternativos o lugares. Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de asuntos médicos en cierta forma o en cierto lugar. Por

ejemplo, usted puede pedir que solo le llamemos al trabajo o nos comuniquemos por correo. Para solicitar comunicación confidencial, usted debe pedirlo por escrito a la oficina de Manejo de Información Médica del Hospital o a la persona de contacto de los grupo médicos. No se le preguntará acerca de sus razones de su solicitud y haremos lo razonable para cumplir con su solicitud. Su solicitud debe especificar cómo y dónde quiere que nos comuniquemos con usted.

7. Restringir ciertas divulgaciones de información médica al plan médico se puede hacer cuando usted cuando pague del bolsillo en su totalidad por el cuidado médico o servicio, excepto si lo requiere la ley.

MENORES Y REPRESENTANTES PERSONALES

En la mayoría de las situaciones, los padres, tutores legales y/u otros con responsabilidades legales de un menor (menores que 18 años) pueden ejercer los derechos descritos en esta Notificación en nombre del menor. Sin embargo, existen situaciones en las cuales el menor podría ejercer independientemente los derechos descritos en esta Notificación. Si lo solicita, nosotros le daremos información adicional acerca de los derechos del menor bajo la ley estatal.

CAMBIOS A ESTA NOTIFICACIÓN

Nos reservamos el derecho de hacer cambios a los términos de esta notificación y hacer efectivos los nuevos términos para la información médica que ya tenemos de usted o de su hijo así como cualquier información que se reciba en el futuro. Una copia de este aviso se publicará en el Hospital, sitios del hospital y oficinas médicas y en nuestro sitio de Internet. Este aviso estará disponible en el área de registro del Hospital y grupos médicos.

QUEJAS

Si usted cree que sus derechos de privacidad o los de su hijo han sido violados, usted puede presentar una queja al Hospital o a los grupos médicos llamando al Centro de Servicio al Consumidor al 858-966-4950. El cuidado o tratamiento suyo o de su hijo no se verá afectado y no será penalizado por presentar su queja. Usted también tiene el derecho de quejarse a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.