



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 140 proveedores que ejercen en veintinueve (29) consultorios ubicados en San Diego y los condados 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 "Adam Breslow".

Adam Breslow, M.D., M.B.A.
President & CEO
Children's Primary Care Medical Group

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

Reggie Roman
President & CEO
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
 - Formulario de divulgación de registros
- 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

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 las visitas de enfermedad con cita previa en las regiones de East County, North Coastal, South Bay, Scripps Parkway y Southern Riverside.

East County

844 Jackman St.
El Cajon, CA 92020
Lun.a jue. (5:30pm – 8:30pm)
Domingos (10:00am – 2:00pm)

North Coastal

11943 El Camino Real #210
San Diego, CA 92130
Lun.a jue. (5:30pm – 8:30pm)
Domingos (10:00am – 2:00pm)

Scripps Parkway

12036 Scripps Highlands Dr., #102
San Diego, CA 92131
Lun.a jue. (5:30pm – 8:30pm)
Domingos (10:00am – 2:00pm)

South Bay

769 Medical Center Court, #300
Chula Vista, CA 91911
Lun.a jue. (5:30pm – 8:30pm)
Domingos (10:00am – 2:00pm)

Southern Riverside

25170 Hancock Ave, #200
Murrieta, CA 92562
Lun.a jue. (5:30pm – 8:30pm)
Domingos (8:30am – 12:00pm)

Vista

2067 West Vista Way, #180
Vista, CA 92083
Lun.a jue. (5:30pm – 8:30pm)
Domingos (10:00am – 2:00pm)

Colocar aquí la etiqueta del paciente

**Formulario de divulgación de registros
Autorización para uso o divulgación de información médica**

La cumplimentación de este documento autoriza la divulgación y/o el uso de información de salud identificable individualmente, tal como se establece a continuación, de conformidad con las leyes federales y de California relativas a la privacidad de dicha información. El incumplimiento de la obligación de facilitar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

AUTORIZACIÓN: Por el presente autorizo a:

Children's Primary Care Medical Group

3880 Murphy Canyon Road, Suite 200

San Diego, CA 92123

Teléfono: (858) 502-1125 Fax: (858) 573-0364 @: cpcmghim@rchsd.org

entregar a (nombre y dirección del destinatario)

Nombre: _____

Dirección: _____

N.º de teléfono: _____ N.º de fax: _____

historiales médicos e información relativa al historial médico, el estado mental o físico, los servicios prestados o el tratamiento recibido:

_____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de historial médico: _____
(Apellido, Nombre) (si lo conoce)

INFORMACIÓN QUE DEBE DARSE A CONOCER:

- Inmunización Resultados laboratorio Visitas de oficina Tablas de crecimiento
 Resultados Genéticos Otras _____

FECHA(s) DE TRATAMIENTO: De: _____ A: _____

OBJETIVO: La información facilitada se utilizará para lo siguiente

- Atención continuada/Nuevo proveedor Personal Escuela Asuntos Legales

DURACIÓN: La presente autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá vigente durante 12 meses a partir de la fecha de su firma.

FIRMA: _____ **HORA:** _____ **FECHA:** _____
(Paciente, padre, madre o tutor legal)

Nombre en letra de imprenta: _____ Relación con el paciente: _____

Testigo: _____ Identificación verificada y escaneada _____ **Página 1 de 2**

COMPRENDO que tengo derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, firmada por mí o mi representante legal y entregada a Children’s Primary Care Medical Group.

Mi revocación entrará en vigor al recibirla, pero no será efectiva en la medida en que el solicitante u otras personas hayan actuado basándose en esta autorización. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. No se me exigirá firmar esta autorización como condición para obtener un tratamiento o pago o mi elegibilidad para recibir beneficios.

La ley de California prohíbe-al solicitante la divulgación de información médica solicitante obtenga otra autorización de mi parte o a menos que dicha divulgación sea a menos que el específicamente requerida o permitida por la ley.

Opciones de entrega:

DIVULGACIÓN DE REGISTROS:

- Memoria USB Documento impreso (Pueden aplicarse cargos si se superan las 100 páginas)

LOS REGISTROS SE DEBEN: Enviar por correo A través del portal de MyChart

Retener para recoger en clínica/ Lugar de recogida: _____

Recogido por: _____ Hora: _____ Fecha: _____

Completar en el momento de la recogida

Autorización especial		
<p>Autorizo específicamente la divulgación de (Marque todo lo que corresponda):</p> <p> <input type="checkbox"/> Pruebas de VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Tratamiento psicológico/psiquiátrico <input type="checkbox"/> Abuso de drogas o alcohol <input type="checkbox"/> Salud reproductiva/ETS/ITS </p> <p>Entiendo que estoy autorizando la divulgación de información sensible/confidencial.</p> <p><i>Los pacientes de 12 a 17 años deben firmar a continuación para divulgar los registros confidenciales*.</i></p>		
<p>_____</p> <p>Firma</p>	<p>_____</p> <p>Hora</p>	<p>_____</p> <p>Fecha</p>

ACUSO DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN CONJUNTA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Tenemos 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 ubicación 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 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

El uso del término "Nosotros" implica el reconocimiento de Rady Children's Hospital - San Diego (RCHSD), incluyendo Rady Children's Specialists of San Diego, A Medical Foundation (RCSSD), Helen M. Bernardy Center for Medically Fragile Children, Rady Children's Homecare, y las ubicaciones satélites que son operados por RCHSD y RCSSD; los proveedores de Rady Children's Health Network (RCHN) incluyendo Proveedores de Children's Physicians Medical Group (CPMG) y Tier 1 proveedores*; Children's Specialists of San Diego, A Medical Group, Inc.; UCSD Pediatric Associates, incluyendo UCSD Developmental Behavioral Pediatrics; Médicos (personal médico), enfermeras y otro personal de estas organizaciones.

* Visite el sitio de Internet de Rady Children's al www.rchsd.org/privacy para obtener una lista de los proveedores de RCHN Tier 1.

NOTIFICACIÓN CONJUNTA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PODRÍA SER USADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. HAGA EL FAVOR DE LEERLA CON CUIDADO.

Efectivo: Abril 14, 2003

Revisado: May 1, 2018

ESTA NOTIFICACIÓN CUBRE:

- Rady Children's Hospital-San Diego, incluyendo:
 - Rady Children's Specialists of San Diego, A Medical Foundation (RCSSD)
 - Helen M. Bernardy Center for Medically Fragile Children
 - Rady Children's HomeCare
 - Las ubicaciones satélites que son operados por RCHSD y RCSSD
- Los proveedores de Rady Children's Health Network (RCHN) incluyendo Proveedores de Children's Physicians Medical Group (CPMG) y Tier 1 Proveedores*
- Children's Specialists of San Diego, A Medical Group, Inc.
- UCSD Pediatric Associates, incluyendo UCSD Developmental Behavioral Pediatrics
- Médicos (personal médico), enfermeras y otro personal de estas organizaciones

RECURSOS PARA INFORMACIÓN:

Rady Children's Hospital San Diego

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

Rady Children's Health Network

Helen M. Bernardy Center & Rady Children's HomeCare

Oficial de Privacidad: (858) 576-1700 ext 222827

Archivos Médicos: (858) 966-5904

Sitio en Internet: www.rchsd.org

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

Oficial de Privacidad: (858) 576-1700 ext 222827

Archivos Médicos: (858) 966-5904

Sitio en Internet: www.childrensspecialists.com

Children's Physicians Medical Group, Inc. & Tier 1 Proveedores*

Oficial de Privacidad: (858) 502-1186

Archivos Médicos: (858) 966-5904

Sitio en Internet: www.cpmgsandiego.com

UCSD Pediatric Associates Incluyendo UCSD Developmental Behavioral Pediatrics

Oficial de Privacidad: (858) 502-1186

Archivos Médicos: (858) 636-4300

Sitio en Internet: www.health.ucsd.edu

* Visite el sitio de Internet de Rady Children's al www.rchsd.org/privacy para obtener una lista de los proveedores de RCHN Tier 1.

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 su cuidado 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.

Si usted es el padre o el tutor legal que recibe esta notificación, tenga en mente que cuando decimos "usted" o "de usted" en este documento, nos referimos su información o la información médica de su hijo.

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 la 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 serán 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.

Intercambio Amplio de Información Médica en la Comunidad - Nosotros, junto con otros proveedores de la salud en el área, participamos en un Intercambio de Información Médica (HIE). El HIE es un sistema amplio de información en la comunidad, el cual permite que la información médica se comparta con médicos, hospitales y otros proveedores de la salud para coordinar su cuidado. En el caso que usted necesite tratamiento de un proveedor de la salud, el cual participa en el HIE, y que no tenga sus expedientes médicos o información médica, este proveedor podrá usar el sistema para recopilar la información y brindarle tratamiento. Por ejemplo, él o ella podrán obtener sus pruebas de laboratorio u otras pruebas o saber acerca del tratamiento(s) que ha recibido. Nosotros incluiremos su información en este sistema. Si usted prefiere que su información no sea compartida con HIE (declinar esta opción) o la declinó anteriormente y ahora desea optar por incluirla, haga el favor de notificar al personal de registro en la ubicación de Rady Children's donde usted recibe su atención médica.

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 usted 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. Es posible que utilicemos una parte limitada de información acerca de usted para realizar encuestas de satisfacción del paciente.

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.

Proceso de selección/ Ferias de la Salud - Es posible que usemos su información para ponernos en contacto con usted y darle los resultados del proceso de selección. También podríamos copiar estos resultados para verificar que usted pasó por el proceso de selección en la feria de la salud.

Reuniones con el paciente - En ocasiones realizamos reuniones para varios grupos, como para los graduados del Cuidado Intensivo Neonatal, para celebrar su éxito. Si usted o su hijo son graduados de tal programa, podríamos usar su información para brindarles una invitación e invitarlos a nuestras reuniones.

Directorio de información - Contamos con un directorio de información acerca de pacientes hospitalizados, el cual incluye: (1) nombre; (2) localización o 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 rehúse

incluir esta información en nuestro directorio, esta información se usará para permitir los visitantes encontrar su habitación o la de su hijo, para permitir que se entreguen flores o para responder preguntas acerca de su condición general.

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 a quien ayuda a pagar por dichos cuidados o informar a su familia o amigos su condición y que usted se encuentra hospitalizado. 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, estado y localización.

Recaudación de Fondos - Podemos usar y divulgar cierta información médica suya para comunicarnos con usted acerca de nuestra recaudación de fondos para nuestras actividades. La información que usaremos incluye su nombre, domicilio, edad, género, fecha de nacimiento, número de teléfono y otra información de contacto (como es su correo electrónico) las fechas en las que usted recibió servicios en Rady Children's, el nombre de su médico tratante, su departamento general de servicio y la condición de su seguro médico para comunicarnos con usted para recaudación de fondos para nuestras organizaciones de salud y sus actividades y para mejorar los servicios y programas que brindamos, a la comunidad. Usted puede recibir llamadas, cartas u otras formas de comunicación de Rady Children's Hospital Foundation, pidiéndole que considere hacer una donación. Los comunicados que usted reciba de Rady Children's incluirán información de cómo quitarlo de nuestra lista de contacto. Nosotros utilizamos esta recaudación para ayudar al cuidado pediátrico más avanzado, en investigación científica y en educación, también para proporcionar servicios especiales a nuestros pacientes y a la comunidad. Usted está en libertad de declinar las solicitudes para recaudar fondos y su decisión no tendrá ningún impacto en su tratamiento o en el pago por los servicios.

Si no desea que nos pongamos en contacto con usted para recaudar fondos, notifique a Rady Children's Hospital Foundation por medio del correo electrónico nocommunication@rchsd.org, o por teléfono al 858-966-7878.

Cartas de apreciación del paciente / Fotografías/ Tarjetas - Es posible que compartamos las cartas de apreciación, fotografías y tarjetas, etc. que recibamos de los pacientes y familiares con nuestro personal y los visitantes de nuestra clínica o unidad.

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 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.

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

Cómo es requerido por ley - Se divulgará información médica suya 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 salud y seguridad del público u otra persona. Sin embargo, toda divulgación sería a personas capaces de prevenir un daño a la salud o su seguridad, 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 en 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.

Registro de Inmunizaciones - Es posible que también usemos y divulguemos la información sobre usted para poder mantener un registro regional y estatal que respalde la divulgación de la información de las vacunas. Si usted no

desea que la oficina de su médico comparta esta información con otros usuarios registrados, infórmele a su médico o baje el formulario "*Decline or Start Sharing/Information Request Form*" del sitio de Internet CAIR en (<http://cairweb.org/cair-forms/>). Usted puede enviarlo por fax o por correo electrónico a: CAIR Help Desk al 1-888-436-8320 o CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov.

Verificación de las inmunizaciones a la escuela

- Nosotros podremos, si lo solicita, compartir documentación con las escuelas, incluyendo a la mayoría de instituciones de cuidado infantil, para verificar que ha sido inmunizado como lo requiere la ley.

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. 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 está encarcelado en una institución correccional o bajo la custodia de la ley, podríamos revelar su información médica 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 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 necesitaran 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. Si revoca su autorización, esto evitará el futuro uso o divulgación de la información médica suya para propósitos descritos en su autorización escrita, excepto si ya hemos actuado sobre su autorización. No podemos retirar ninguna divulgación que ya se ha realizado bajo su permiso.

SUS DERECHOS RELACIONADOS CON 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 su información. Usted tiene el derecho a pedir una restricción o limitación en la información médica de usted 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 a la persona involucrada en su cuidado 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 que su hijo haya tenido. No estamos en 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) qué 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. Revisar y solicitar una copia de los expedientes médicos suyos a un costo. Usted tiene el derecho a revisar y recibir una copia de información médica que pudiera ser usada para tomar decisiones sobre su cuidado. Por lo general, esto incluye los expedientes médicos y registros de facturación y también pudiera incluir alguna información sobre la salud mental. Para revisar su información médica puede solicitarla por escrito a la oficina de Manejo de Información Médica del Hospital o llame al personal del grupo médico que guarda sus expedientes. Si usted pide una copia de la información médica, podemos cobrar un honorario para los costos de copiado, envío por correo u otros suministros relacionados con su solicitud. Podemos negar su solicitud bajo ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega acceso a la información médica, usted puede pedir una revisión a la negación. Otro profesional del cuidado de la salud autorizado elegido por el Hospital o grupo médico revisará su solicitud y la negación. 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 sus expedientes médicos 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 nos pide que se enmiende 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.

5. Obtener un recuento de divulgaciones de su información médica. Usted tiene el derecho a pedir una lista de las divulgaciones que se hayan realizado de su información médica, 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. 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 su información médica no protegida.

6. Solicitar comunicación confidencial por medios o lugares alternativos. 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. Se puede restringir ciertas divulgaciones de información médica a un plan de salud cuando

usted pague en su totalidad los gastos extras por el cuidado médico o servicio, excepto si la ley lo requiere.

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, 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 los derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja al Hospital o a los grupos médicos llamando al Departamento de Cumplimiento y Privacidad al 858-966-8541, o con la persona de contacto de los grupos médicos. Respetamos su derecho de presentar una queja y su cuidado o tratamiento no se verá afectado y no será penalizado por hacerlo. Usted también puede presentar una queja a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de los Derechos Humanos (OCR). La información para presentar una queja al OCR la puede encontrar en: hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints o llamando al 1-800-368-1019.

