



Dear Patient and Family:

The Clinicians and Staff of Children's Primary Care Medical Group (CPCMG) and Rady Children's Physician Management Services want to extend a warm thank you and welcome to you and your family.

In choosing our medical group, you will find that we are unique in our ability to offer you superior pediatric primary care services through over 170 clinicians practicing out of thirty (30) office locations throughout the San Diego and southern Riverside counties. Our access to Rady Children's Hospital and its many affiliated pediatric specialists provide us with a unique opportunity to work together to improve the health status of the children we serve. We are committed to the delivery of quality health care and quality services for all our patients.

Look for us in your neighborhood and know that we are committed to working with you to make the best health care decisions for your family.

If we can be of further assistance, please contact the CPCMG office of your choice or visit our website at www.CPCMG.net.

Thank you for choosing us for your children's health care needs.

Sincerely,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Kenneth Morris", with a long, sweeping horizontal line extending to the right.

Kenneth Morris, MD
President & Chief Executive Officer
Children's Primary Care Medical Group, Inc.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Reggie Roman", with a stylized, cursive script.

Reggie Roman
President & Chief Executive Officer
Rady Children's Physician Management Services, Inc.



Welcome and thank you for choosing Children's Primary Care Medical Group (CPCMG). We are committed to providing you with the best medical care based on your health needs.

It is our passion to form a partnership with you to restore you to good health when you are ill; to maintain your good health; and to promote physical and emotional well-being.

Your commitment to your patient-centered medical home clinic will provide you with an expanded care model. We will work with both you and your other health care clinicians to take care of you. You will also have access to your healthcare team through the secure CPCMG patient portal MyChart.

PACT **Patients And Clinicians/Care Team Together**

Our COMMITMENT to Your Child's Health Care

- Greet you with a warm welcome
- Respect and listen to you
- Acknowledge the importance of your concerns
- Respect your privacy & keep your medical records confidential
- Recognize your strengths & respect your unique qualities
- Value your time and make our time together count
- Include you in your care and offer you choices
- Communicate clearly with you about your health care plan and notify you of test results in a timely manner
- Provide resources to help you with the health care system and after-hours care

Your COMMITMENT to Your Child's Health Care

- Attend ALL WELL Visits
- Be an active participant in your child's health care and keep all scheduled appointments
- Contact our office to cancel or reschedule as soon as possible. Missed appointments impact our ability to provide optimal care*
- Prepare for your visit:
 - Understand your health coverage and bring your updated insurance card to each visit
 - Complete on-line questionnaires prior to arriving
 - Bring your vaccine card, school physical forms, and any other forms needed
 - If you arrive late for your appointment, you may be asked to reschedule
- Ask questions until you understand the treatment plan
- Schedule Sick and Return visits in between for any on-going/chronic or new health concerns as needed
- Provide open, accurate and timely information about your child's health
- Update your child's health care team with any changes in your family's health
- Complete ALL labs, imaging, and specialty appointments
- **Respect all members of your child's health care team**

*For additional details, please visit our website at cpcmg.net

Patient Bill of Rights and Responsibilities

The physicians and staff of Children's Primary Care Medical Group and Rady Children's Physician Management Services are committed to partnering with you in maintaining good health for your child.

For optimal care of your child, you have the *Right* to:

- Receive appropriate, considerate and respectful care regardless of race, gender, disability, sexual orientation, cultural, economic or religious background.
- Select your physician and location as your child's Medical Home and understand the specific rights as a member of the Medical Home Team.
- Know the name and job title of your child's caregivers, as well as the care they will provide for your child.
- Receive language translation assistance, when necessary, if you speak a language other than English.
- Communicate with caregivers about your child's illness, treatment and prospects for recovery in a way that facilitates your understanding.
- Receive as much information as you may need in order to give or refuse consent for any proposed treatment. Except in emergencies, this includes alternate course of treatments or non-treatments, and risks involved with each.
- Participate actively in any decisions regarding your child's medical care. To the extent permitted by law, this includes the right to refuse treatment and to request a second opinion.
- Discuss the cost of your child's care, examine your child's medical bills and receive an explanation of charges.
- Discuss your child's medical record with a health care provider; request to access, inspect, copy or amend your child's medical record.
- Expect privacy concerning the medical care given your child, including case discussion, consultation, examination, and treatment. The reason for the presence of any individual will be made known to you.
- Receive a Notice of Privacy Practices that describes our privacy policies, an accounting of to whom we disclose your child's information, and restrictions regarding how we communicate disclosure of information.
- Reasonable continuity of care and advance notice of the time and location of appointments, as well as the identity of persons providing the care.
- Be advised of and refuse to participate in any research project involving your child.
- Have all the Patient Bill of Rights and Responsibilities apply to the person who may have legal authority to make decisions regarding medical care on behalf of your child.
- Voice questions or concerns about care or service by communicating with the appropriate provider or administrative staff. You may also place a quality of care concern by contacting our Patient Advocate Department at (858) 502-1197, the AAAHC at (847) 853-6060, or the Medical Board of California at (800) 633-2322.
- Change your provider by advising your physician's office or by contacting the Patient Advocate Department listed above or your insurance plan.
- Be informed of any plan to discontinue your child's care.
- Know that all physicians and staff will observe these patient rights.

We also believe that you and your child have the responsibility to:

- Coordinate the majority of your child's health care through the Medical Home.
- Provide accurate and complete information about your child's health.
- Participate actively in decisions about health care for your child.
- Know your child's health care requirements following a visit with your child's physician.
- Express questions or concerns about care or service by communicating with the appropriate staff.
- Provide accurate and complete information about your family's health insurance.
- Be familiar with your health care benefits. Accept the financial responsibility (i.e., co-payments, co-insurance and deductibles) associated with services rendered.
- Be considerate of the other patients, families and staff. Respect Children's Primary Care Medical Group and Rady Children's Physician Management Services property and staff.
 - Please know that we have a zero-tolerance policy with regards to threatening behavior, abuse (physical, verbal, or written) or derogatory language with regards to a person's race, gender, disability, religion, culture, sexual orientation or economic background.



New Patient Checklist

Thank you for choosing us for your child's pediatric care. As a reminder, please bring the following items to your first appointment:

- ☐ Completed Forms
 - Record Release Form
- ☐ Patient's Insurance card or military I.D.
- ☐ Immunization card (Yellow card)
- ☐ Hospital Discharge Summary – only for our Newborn patients
- ☐ Any previous medical history that may help in the continued care of the patient

When You Need to Contact Your Child's Pediatrician After-Hours . . .

When contacting your pediatrician after hours, each office, with the help of either a recorded message, or answering service, will provide instructions on how to obtain medical care for your child. Please follow the guidelines listed below to receive advice.

Guidelines:

- If you think your child is having a life or limb threatening emergency, call 911 immediately.
- If not a life-threatening emergency, please call your pediatrician's office telephone number for direction. Medication refills should be done by your child's pediatrician during regular business hours.
- Over-the-counter medications should be used according to the information on the label.
- Please make only one phone call to the office and wait for a reply. Calls are returned based upon medical urgency.
- For additional medical/health tips please visit the *Health Hub* on our website at: www.cpcmg.net.

If you are calling after-hours, be prepared to:

- Provide your child's name, date of birth, phone number where you can be reached and the name of your child's pediatrician and your insurance information.
- If your child has a fever, please take their temperature before you call.
- If you have a medication question, please have the bottle available so the nurse can verify the medication and dosing information.
- The nurse will ask you several questions about your child's illness, please be ready to discuss the symptoms of concern to you.
- Have a paper and a pen or pencil available to write down instructions.

Children's Primary Extended Care (CPEC)

Now providing after-hours pediatric care for sick visits by appointment in the East County,
North Coastal, South Bay, Scripps Parkway and Southern Riverside regions.

East County

844 Jackman St.
El Cajon, CA 92020
Mon-Thurs (5:30pm – 8:30pm)
Sundays (10:00am – 2:00pm)

North Coastal

11943 El Camino Real #210
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

25170 Hancock Ave, #200
Murrieta, CA 92562
Mon-Thurs (5:30pm – 8:30pm)
Sundays (8:30am-12:00pm)

Vista

2067 West Vista Way, #180
Vista, CA 92083
Mon-Thurs (5:30pm – 8:30pm)
Sundays (10:00am – 2:00pm)

Place Patient Label Here

Record Release 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 (name and address of recipient)

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: This information supplied is to be used for the following purpose(s): _____

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: _____

Witness: _____ Verified ID: _____ Page 1 of 2

Page 2 of 2

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 Children's Primary Care Medical Group.

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:

RELEASE RECORDS ON: ☐ CD (Only EMR records) ☐ Paper

RECORDS SHOULD BE: ☐ Mailed

☐ Hold for Pickup at Site / Pick up location: _____

Picked up by: _____ Time: _____ Date: _____

***Please note that there may be a charge for copying records.**

For translation please see the front desk staff.

Special Authorization

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

____ HIV/AIDS testing ____ Psychological/psychiatric treatment
____ Drug or alcohol abuse ____ Reproductive health

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

Sign

Time

Date



DT79610-A

PLACE PATIENT
ID LABEL INSIDE BOX

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF JOINT NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

We have a responsibility to:

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

We will not use or disclose your (or your child's) medical information without your authorization, except as described in our Joint Notice of Privacy Practices. In addition, we reserve the right to change our privacy practices and to make the new provisions effective for the medical information we maintain. If our privacy practices change, a revised notice will be available at the registration areas and on our websites.

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

Signature of Patient or Legal Representative

Date

Patient's Name

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

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

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

Staff Signature

Date

"We" means and this acknowledgment applies to Rady Children's Hospital - San Diego (RCHSD), including Rady Children's Specialists of San Diego, A Medical Foundation (RCSSD), Helen M. Bernardy Center for Medically Fragile Children, Rady Children's Homecare, and satellite locations operated by RCHSD and RCSSD; Rady Children's Health Network (RCHN) providers including Children's Physicians Medical Group (CPMG) and Tier 1 Providers*; Children's Specialists of San Diego, A Medical Group, Inc.; UCSD Pediatric Associates, including UCSD Developmental Behavioral Pediatrics; Physicians (Medical Staff), nurses and other personnel of these organizations.

* Please visit the Rady Children's website at www.rchsd.org/privacy for a list of RCHN Tier 1 Providers.

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.

JOINT NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

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

Effective: April 14, 2003

Revised: May 1, 2018

THIS NOTICE APPLIES TO:

- Rady Children's Hospital - San Diego (RCHSD), including:
 - Rady Children's Specialists of San Diego, A Medical Foundation (RCSSD)
 - Helen M. Bernardy Center for Medically Fragile Children
 - Rady Children's Homecare
 - Satellite locations operated by RCHSD and RCSSD
- Rady Children's Health Network (RCHN) Providers including Children's Physicians Medical Group (CPMG) and Tier 1 Providers*
- Children's Specialists of San Diego, A Medical Group, Inc.
- UCSD Pediatric Associates, including UCSD Developmental Behavioral Pediatrics
- Physicians (Medical Staff), nurses and other personnel of these entities

CONTACT INFORMATION:

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

Privacy Officer: (858) 576-1700 ext. 222827

Medical Records: (858) 966-5904

Web Site: www.rchsd.org

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

Privacy Officer: (858) 576-1700 ext. 222827

Medical Records: (858) 966-5904

Web Site: www.childrensspecialists.com

Children's Physicians Medical Group, Inc. and Tier 1 Providers*

Privacy Officer: (858) 502-1186

Medical Records: (858) 966-5904

Web site: www.cpmgsandiego.com

UCSD Pediatric Associates and UCSD Developmental Behavioral Pediatrics

Privacy Officer: (858) 502-1186

Medical Records: (858) 636-4300

Web Site: www.health.ucsd.edu

* Please visit the Rady Children's website at www.rchsd.org/privacy for a list of RCHN Tier 1 Providers.

PURPOSE OF THIS NOTICE

The providers participating in this notice (referred to as “we”) are committed to protecting the privacy of medical information. This notice will tell you about the ways in which we may use and disclose medical information about you (if you are our patient) or your child (if your child is our patient), and describes your rights and our duties regarding the use and disclosure of medical information. This notice applies to all records of your care generated by any of the Rady Children’s Hospital sites or medical groups listed on this notice.

We have a duty and responsibility to safeguard patient medical information. We are required by law to maintain the privacy of patient medical information and to give you this notice of our duties and our privacy practices. We must follow the terms of our current privacy notice.

If you are a parent or legal guardian receiving this notice, please understand that when we say “you” or “your” in this notice, we are referring to your or your child’s medical information.

HOW WE MAY USE AND DISCLOSE PATIENT MEDICAL INFORMATION

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

Disclosure at Your Request - We may disclose patient medical information when requested by you. This disclosure at your request may require a written authorization by you.

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

Community Wide Health Information Exchange - We, along with other health care providers in the area, participate in a community wide health information exchange (HIE). An HIE is a community wide information system which allows medical information to be shared among physicians, hospitals and other health care providers to coordinate your care. Should you require treatment from a health care provider that participates in the HIE who does not have your medical records or health information, that health care provider can use the system

to gather your health information in order to treat you. For example, he or she may be able to get laboratory or other tests that have already been performed or find out about treatment(s) that you have already received. We will include your health information in this system. If you would prefer your information not be shared with the HIE (opt out) or have previously opted out of HIE participation and would like to share your information with the HIE (opt in), please notify the registration staff at the Rady Children’s location where you obtain health care.

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

For Health Care Operations - We use and disclose information to run our health care organizations and to make sure all of our patients receive quality care and comprehensive services. For example, we may use and disclose medical information for quality assurance activities such as post-discharge telephone calls to follow-up on a patient’s health status; conducting training programs in which students, trainees, or practitioners learn under supervision to practice or improve their skills as health care providers; training of non-health care professionals; granting medical staff privileges to physicians and non-physician practitioners; administrative activities, including financial and business planning and development, accreditation, certification, licensing, arranging for medical review, legal services, auditing functions, or to obtain or maintain insurance; patient service activities, including investigation of complaints; health education; and providing you with information about new or enhanced opportunities for care and service; or to tell you about or recommend possible treatment options or alternatives that may be of interest to you. We may also use a limited amount of information about you to conduct patient satisfaction surveys.

Among Participants - We may also share information with each other, as necessary to carry out treatment, payment, or health care operations relating to our organized health care arrangement.

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

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

Health Fairs/Screenings - We may use your information to contact you with the results of screenings. We may keep a copy of your screenings to verify that you received screenings at a health fair.

Patient Reunions - At times we sponsor reunions for various groups such as Neonatal Intensive Care graduates, to celebrate their successes. If you are a graduate of such a program, we may use your information to contact you and invite you to the reunions.

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

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

Fundraising - We may use and share certain information about you to contact you about our fundraising activities. Information that we may use include your name, address, age, gender, date of birth, telephone number and other contact information (such as email address), dates when you received care at Rady Children's, the name of your treating physician, your general department of service, and health insurance status to contact you to raise money for our health care organizations and their activities and to improve the services and programs we provide to the community. You may receive calls, letters or other communications from Rady Children's Hospital Foundation, asking you to consider making a donation. We rely on fundraising to support advances in pediatric care, research and education, and to provide special services to our patients and the community. Any fundraising communications you receive from Rady Children's will include information about how you can opt out of these communications. Your decision to opt out will have no impact on your treatment or payment for services.

If you do not want to receive fundraising communications, please notify the Rady Children's Hospital Foundation by email at nocommunication@rchsd.org, or by phone at 858-966-7878.

Patient Appreciation Letters/Pictures/Cards - We may share patient appreciation letters, pictures, cards, etc. that we receive from patients and families with our staff and visitors to our clinic or unit.

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

Marketing and Sale - Uses and disclosures of medical information for marketing purposes and disclosures that constitute a sale of medical information require your authorization.

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

Organ and Tissue Donation - We may release medical information without your permission to organizations that handle organ procurement or organ, eye or tissue transplantation, or to an organ donation bank as necessary to arrange organ, eye or tissue donation and transplantation. This release of information is not a commitment by you to donate organs, eyes or tissues.

Military Personnel - If you are a member of the United States or foreign armed forces, we may release medical information about you as required by military command or government authorities.

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

To Avert a Serious Threat to Health or Safety - We may use and disclose medical information when necessary to prevent a serious threat to your health and safety or

the health and safety of the public or another person. Any disclosure, however, would be to someone able to help prevent harm to the health or safety of you, another person, or the public.

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

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

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

Immunization Registry - We may use and disclose immunization information about you to help maintain a regional and state registry that supports the sharing of vaccine information. If you do not want your doctor's office to share your child's immunization information with other registry users, tell your doctor or download a "Decline or Start Sharing/Information Request Form" from the CAIR website at (<http://cairweb.org/cair-forms/>). You may fax or email it to the CAIR Help Desk at 1-888-436-8320 or CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov.

Proof of Immunization to a School - We may, at your request, share documentation with schools, including most child care facilities, showing that you have been immunized as required under law.

Lawsuits and Disputes - If you are involved in a lawsuit or a legal dispute, we may disclose medical information in response to a court or administrative order. We may disclose medical information in response to a subpoena, discovery request or other lawful process by someone else involved in the legal dispute. We would only disclose this information if efforts have been made to tell you about

the request (which may include written notice to you) to allow you to obtain an order protecting the information requested or if we receive a court order protecting the information.

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

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

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

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

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

Inmates - If you are an inmate of a correctional facility or under the custody of a law enforcement official, we may disclose medical information about you to the correctional facility or law enforcement official. We would only do so if the medical information is necessary for: providing health care; your health and safety or the health and safety of others; or safety and security of the correctional institution.

Special Categories of Information - In some circumstances, medical information may be subject to

restrictions that may limit or preclude some uses or disclosures described in this notice. For example, there are special restrictions on the use or disclosure of certain categories of information, such as drug and alcohol abuse treatment, HIV and AIDS test results, and mental health treatment.

Most uses and disclosures of psychotherapy notes require your written authorization.

We may disclose medical information to a multidisciplinary personnel team relevant to the prevention, identification, management or treatment of an abused child or the child's parents.

Other Uses of Medical Information - Other uses and disclosures of your medical information not covered by this notice or the laws that apply to us will be made only with your written authorization. If you provide us with authorization to use or disclose medical information, you may revoke that permission, in writing, at any time. If you revoke your authorization, this will stop any further use or disclosure of your medical information for the purposes covered by your written authorization, except if we have already acted in reliance on your authorization. We are unable to take back any disclosures we have already made with your permission.

YOUR RIGHTS REGARDING THE MEDICAL INFORMATION WE MAINTAIN ABOUT YOU/YOUR CHILD

You have the right to:

1. Request a restriction on certain uses and disclosures of your medical information. You have the right to request a restriction or limitation on the medical information we use or disclose about you for treatment, payment or health care operations. You also have the right to request a limit on the medical information we disclose to someone who is involved in your care or the payment for care, such as a family member or friend. For example, you could ask that we not use or disclose information about a surgery you had. We are not required to agree to your request. If we do agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide emergency treatment. To request a restriction, you must make a request in writing to the Hospital's Health Information Management office or contact person of the medical groups. In the request, you must tell us (1) what information you want to limit; (2) whether you want to limit our use or disclosure or both; and (3) to whom you want the limits to apply, for example, disclosures to a grandparent.
2. Obtain a paper copy of this Joint Notice of Privacy Practices upon request. You have a right to a paper

copy of this notice. You may ask us to give you a copy of this notice at any time. Even if you agreed to receive this notice electronically, you are still entitled to a paper copy of this notice. You may obtain a copy of this notice at any of our web sites. To obtain a paper copy of this notice, contact the Hospital Privacy Officer or contact person of the medical groups.

3. Inspect and request a copy of your medical record for a fee. You have the right to inspect and receive a copy medical information that may be used to make decisions about your care. Usually, this includes health and billing records and may also include some mental health information. To inspect and copy your medical information, you must submit your request in writing to the Hospital's Health Information Management office or contact person of the medical group that maintains your record. If you request a copy of medical information, we may charge a fee for the costs of copying, mailing or other supplies associated with your request. We may deny your request under certain very limited circumstances. If you are denied access to medical information, you may request that the denial be reviewed. Another licensed health care professional chosen by the Hospital or medical group will review your request and denial. The person conducting the review will not be the person who denied your request. We will abide by the outcome of that review.
 4. Request an amendment to your health record if you feel the information is incorrect or incomplete. You have the right to request an amendment for as long as the information is kept by the Hospital or medical groups. To request an amendment, your request must be made in writing and submitted to the Hospital's Health Information Management office or contact person for the medical groups that have the record you want to amend and you must provide a reason that supports your request. We may deny your request if it is not in writing or does not include a reason to support the request. In addition, we may deny your request if you ask us to amend information: (1) not created by the Hospital or medical groups, unless you provide us with information that the person or entity who created the information is no longer available to make the amendment; (2) not part of the information kept by or for our facility; (3) not part of the information which you would be permitted to inspect and copy; or is accurate and complete. If we deny your request for amendment, you have the right to submit a written statement of disagreement about any item or statement in your record that you believe is incomplete or incorrect. We will include your written statement of disagreement or a summary of this information with any subsequent disclosure of your medical information. If you clearly
-

indicate in writing that you want your request for amendment and our response to be part of your medical information, we will include this information or a summary of this information with any subsequent disclosure of your medical information.

5. Obtain an accounting of disclosures of your medical information. You have the right to request a list of the disclosures we made of medical information about you other than for treatment, payment or health care operations or as authorized by you or by law. To request this list or accounting of disclosures from the Hospital or one of the medical groups listed on this notice, you must submit your request in writing to the Hospital's Health Information Management office. Your request must state a time period, which may not be longer than six years prior to the request date. The first list requested within a 12-month period is free. For additional lists within a 12-month period, we may charge you for the costs of providing the list. We will notify you in advance of the cost and provide you with an opportunity to withdraw or change your request.

We will notify you automatically following a breach of your unsecured medical information.

6. Request confidential communication by alternative means or locations. You have the right to request that we communicate with you about medical matters in a certain way or at a certain location. For example, you can ask that we only contact you at work or by mail. To request confidential communications, you must make your request in writing to the Hospital's Health Information Management office or contact person of the medical groups. We will not ask you the reason for your request and will accommodate all reasonable requests. Your request must specify how or where you wish to be contacted.
7. Restrict certain disclosures of medical information to a health plan when you pay out of pocket in full for the health care item or service, except as required by law.

MINORS AND PERSONAL REPRESENTATIVES

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

CHANGES TO THIS NOTICE

We reserve the right to change the terms of this notice and to make the revised terms effective for medical information we already have about you as well as any information we

receive in the future. A copy of the current notice will be posted at the Hospital, hospital sites and medical offices and on our Web sites. This notice will also be available at the registration area of the Hospital or medical offices.

COMPLAINTS

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with the Hospital or the medical groups by calling the Rady Children's Compliance and Privacy Department at 858-966-8541, or the contact person of the medical groups. We respect your right to file a complaint and your care and treatment will not be affected and you will not be penalized for doing so. You may also file a complaint with the United States Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (OCR). Information on how to file a complaint with the OCR may be found at [hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](https://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints) or by calling 1-800-368-1019.

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.

ENQUÉFORMA 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 posibles 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.

RADY CHILDREN'S IS COMMITTED TO MEETING THE NEEDS OF OUR PATIENTS AND THEIR FAMILIES

Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 858-966-4096/TDD: 858-627-3002.

Español (Spanish)

Servicios gratuitos de asistencia con el idioma están disponibles para usted. Por favor llame al 858-966-4096.

繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 858-966-4096。

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 858-966-4096.

Tagalog (Tagalog – Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 858-966-4096.

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 858-966-4096 번으로 전화해 주십시오.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ. Զանգահարեք 858-966-4096.

فارسی (Farsi)

858-966-4096 یا با شدمی فراهم شما برای رایگان به صورت زبانی توسط سه یلات کزید، می گفتم گو فارسی زبان به اگر رتوجه به گزیددت ماس 858-966-4096

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 858-966-4096.

日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます858-966-4096 まで、お電話にてご連絡ください。

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 858-966-4096 ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 858-966-4096

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 858-966-4096

ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 858-966-4096.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 858-966-4096 पर कॉल करें।

فیه برعلا (Arabic)

ملاحظة: إذا كنت تتحدث اللغة، نأفك أمدخ قدعا سملا في وغللا رف أوتك كل أاجملاب. لصد تامقرب 858-966-4096 مقر. ف تاهم صلا مك بلاو 858-966-4096
