



AVISO DE PROCEDIMIENTOS DE PRIVACIDAD

Última actualización: 1^{er} de agosto del 2019

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PODRÍA USAR O REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO DETENIDAMENTE.

¿Quién Cumplirá con este Aviso?

Las principales entidades de *Loma Linda University Health* (“LLUH”) enumeradas abajo y sus clínicas e institutos médicos afiliados (“Nosotros”) cumpliremos los términos de este Aviso, y solamente usaremos o revelaremos su información médica como se describe en este Aviso. Somos un sistema organizado de atención médica, y para propósitos de nuestros procedimientos de privacidad, somos considerados una sola entidad llamada *Loma Linda University Health Organized Health Care Arrangement* (“LLUH Organized Health Care Arrangement” o “LLUH OHCA”). En la página 14, bajo la sección titulada “Entidades Incluidas en el Sistema Organizado de Salud Médica de LLUH” se proporciona una lista detallada de las clínicas e institutos médicos afiliados que están sujetos a este Aviso.

LOMA LINDA UNIVERSITY
LOMA LINDA UNIVERSITY HEALTH CARE
LOMA LINDA UNIVERSITY FACULTY PRACTICE PLAN
LOMA LINDA UNIVERSITY MEDICAL CENTER
LOMA LINDA UNIVERSITY MEDICAL CENTER - MURRIETA
LOMA LINDA UNIVERSITY CHILDREN’S HOSPITAL
LOMA LINDA UNIVERSITY BEHAVIORAL MEDICINE CENTER
BEAUMONT SURGERY CENTER, LLC dba HIGHLAND SPRINGS SURGICAL CENTER
BEAUMONT RADIOLOGY SERVICES, LLC dba HIGHLAND SPRINGS IMAGING CENTER

En este Aviso se mencionarán frecuentemente los términos “uso” y “revelación”. Mientras lo lee, tenga en mente que la palabra “uso” solamente aplica a aquellas actividades dentro de nuestra entidad, y la palabra “revelación” se aplica a actividades tales como comunicar, transferir o proporcionar el acceso a su información a otras entidades fuera de la nuestra.

I. Su Información Médica

Sabemos que su información médica es personal y nos comprometemos a proteger la privacidad de la misma. Como paciente, la atención y el tratamiento que usted recibe se registra en un expediente médico. A fin de poder satisfacer mejor sus necesidades médicas, es posible que compartamos su expediente con los proveedores de atención médica que participan en su cuidado, esto con propósitos de tratamiento, cobranza y funciones operativas.

Aparte de los propósitos antes mencionados (tratamiento, cobranza y funciones operativas) nosotros no podemos compartir su información, sin tener su permiso por escrito, a menos que la ley específicamente nos lo permita o lo requiera. Por ejemplo, en la mayoría de los casos, las leyes referentes a salud mental y servicios relacionados al abuso de sustancias ilícitas, requieren que obtengamos su permiso por escrito.

II. Sus Derechos de Información Médica

Aunque su expediente médico es propiedad física del médico que le atiende o del centro de salud que lo recopile, esa información le pertenece a usted. A continuación, le mencionamos los derechos que tiene con relación a la información médica que tenemos de su persona:

Derecho a Revisar y Copiar

- ✦ Usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información médica e historial de facturación, exceptuando las secciones limitadas y/o prohibidas por la ley. Puede que no tenga que darnos una explicación del porqué de su petición como condición para proporcionarle dicha información a usted o a cualquier otra persona que usted nos autorice. Su información médica incluye entre otros: los resultados de las pruebas de laboratorio, imágenes diagnósticas, registros de pago y facturación, información del seguro y del expediente médico. Usted tiene derecho a solicitar copias de los resultados de sus análisis directamente del laboratorio. Si tuviéramos archivada su información médica en formato electrónico, usted puede solicitar una copia en dicho formato (por ej. PDF) y/o pedirnos que le enviemos una copia a la entidad o persona que usted nos indique, siempre y cuando dicha solicitud se haga por escrito, esté firmada por usted o su representante personal, donde claramente se identifica a la persona designada y adónde se debe enviar la copia de su información médica. Para solicitar revisiones o copias de su expediente, es necesario que usted presente su solicitud por escrito al departamento/dirección que aparece en la página 13 de este Aviso, bajo la sección titulada “Información de Contacto”. Dichas solicitudes podrían estar sujetas a un cobro razonable permitido por la ley. Le proporcionaremos copia de sus registros en el plazo requerido por la ley. Alternativamente, usted puede obtener acceso a los resultados de laboratorio y otros datos de su información médica por vía electrónica a través de un portal web seguro. Póngase en contacto con la oficina de su proveedor médico para más información acerca de la disponibilidad de este servicio.
- ✦ En circunstancias limitadas, es posible que rechacemos su petición de obtener acceso a su información médica. Si se le negara el acceso, en algunos casos, usted puede pedir que se reconsidere esta negativa. En ese caso, llevaríamos a cabo una revisión independiente y cumpliríamos con el resultado de dicha revisión.

Expedientes de Salud Mental y Abuso de Sustancias Ilícitas

- ✦ Nosotros podemos legalmente negarle a un paciente el acceso a sus expedientes de salud mental o abuso de sustancias ilícitas si determinamos que existe un riesgo considerable de dañarlo al ver o al recibir una copia de dicha información.
- ✦ Nosotros podemos elegir darle un resumen del reporte, en vez de permitir una revisión o brindar copias del expediente.

Derecho a Solicitar una Modificación a su Expediente

- ✦ Usted tiene derecho a solicitar una modificación de su expediente si considera que la información que tenemos es incorrecta o está incompleta. Usted tiene derecho a solicitar dicha modificación, siempre y cuando, la información esté guardada por, o para una entidad dentro de LLUH OHCA. Para hacer

una modificación, es necesario presentar su solicitud por escrito al departamento/dirección que aparece en la página 13 de este Aviso, bajo la sección titulada “Información de Contacto”. Además, debe presentar una razón que respalde su petición.

- ✦ Nosotros podemos rechazar su petición si no la hace por escrito, o si no incluye una razón que la respalde. Además, podemos negarle su petición si nos pide que modifiquemos información que: (a) no fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que generó la información ya no esté disponible para hacer dicha modificación; (b) no sea parte de la información médica que nosotros guardamos; (c) no sea parte de la información que a usted se le permitiría revisar y copiar; o (d) dicha información está correcta y completa.
- ✦ Aunque nosotros rechazamos su petición para hacer una modificación, usted tiene derecho a presentar un anexo escrito, que no sobrepase de 250 palabras, referente a cualquier declaración o asunto que usted considere que está incompleto o incorrecto en su expediente. Si usted indica claramente por escrito que desea que ese anexo sea parte de su expediente médico, entonces se adjuntará a su expediente y se incluirá cada vez que hagamos una revelación de dicho asunto o declaración.

Derecho a un Informe de Revelaciones

- ✦ Usted tiene derecho a solicitar una lista (llamada Informe de Revelaciones) de ciertas revelaciones que hemos hecho de su información. La ley requiere que todas las revelaciones hechas aparezcan enumeradas en el Informe de Revelaciones. Por lo general, los asuntos que aparecen en dicha lista están mencionados bajo la sección titulada “Cómo Podemos Usar y Revelar Su Información Médica”. En su solicitud debe mencionar a partir de qué fecha desea solicitar la información. Sin embargo, nosotros no estamos obligados a brindar una lista de revelaciones anteriores a seis (6) años de la fecha de su solicitud. Para solicitar un Informe de Revelaciones, es necesario presentar su solicitud por escrito al departamento/dirección que aparece en la página 13 de este Aviso, bajo la sección titulada “Información de Contacto”. La primera solicitud para un informe en cualquier período de 12 meses se proporciona sin costo alguno; pero solicitudes posteriores dentro de ese mismo período, pueden estar sujetas a un cobro razonable permitido por la ley. Las revelaciones hechas con su permiso por escrito o aquellas de las que usted tenga conocimiento, no se incluirán en el informe de revelaciones.

Derecho a Solicitar Restricciones

- ✦ Usted tiene derecho a solicitar una restricción de ciertos usos y revelaciones de su información médica confidencial para tratamiento, pago y/o funciones operativas. Sin embargo, nosotros no estamos legalmente obligados a aceptar su solicitud, a menos que:
 - a. La revelación se haga a un plan de salud o compañía de seguros, esto con fines de pago o funciones operativas (y no con propósitos de llevar a cabo un tratamiento), y
 - b. La revelación se refiera únicamente a un producto o servicio médico por el que usted solicitó una restricción y pagó en su totalidad los gastos de su bolsillo, antes de, o al momento de recibir el servicio, renunciando así al reembolso del plan de salud o compañía de seguros.
- ✦ Usted debe presentar su solicitud por escrito directamente a su proveedor de atención médica o al departamento o dirección anotada en la sección “Información de Contacto” en la página 13.
- ✦ Esta restricción no incluye productos o servicios subsiguientes recibidos en una de nuestras entidades que estén relacionados de manera exclusiva con el producto o servicio que, previamente pagó de su bolsillo, y solicitó que no se le revelara a su plan de salud o compañía de seguro médico. Por ejemplo, si usted necesita seguimiento médico que tiene que ver o se trata de los servicios por los cuales pagó de su bolsillo, su médico tratante puede anotar dicha información en su expediente, y posteriormente enviarla a su plan de salud; a menos que usted solicite por escrito su deseo de no revelar dicho seguimiento y desembolso de gastos por cuenta propia.

- ✦ La información acerca de los productos o servicios que usted espera recibir en una de nuestras entidades se puede revelar a su plan de salud durante la verificación de elegibilidad de seguro médico (por ej. la autorización), a menos que nos notifique con anticipación, que usted planea presentar una solicitud escrita restringiendo la revelación y pago por cuenta propia de esos productos o servicios.
- ✦ Usted tiene derecho a solicitar una limitación en la información médica que revelemos a cualquier persona encargada de su cuidado o del pago por servicios médicos, como un miembro de su familia o un amigo. Por ejemplo, mientras usted sea nuestro paciente, puede solicitar que no hablemos de su tratamiento en presencia de algún miembro de la familia en particular. Si estuviéramos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud, a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia o según lo dispuesto por ley. Usted puede hablar directamente con su proveedor de atención médica con respecto a su petición para este tipo de restricciones. Su proveedor puede requerir que presente su petición por escrito.
- ✦ Si aceptáramos una restricción, estamos obligados a no usar o revelar su información médica confidencial (PHI) en apego a tales restricciones, excepto en ciertas situaciones de emergencia. Usted no puede solicitar que se restrinja el uso o revelación de información, que de otro modo, la ley nos exija revelar.

Derecho a Recibir Notificación por Filtración de Datos

- ✦ Usted tiene derecho a estar informado de cualquier filtración de información médica “no autorizada”. La información médica “no autorizada” quiere decir que no está protegida por tecnología o metodología establecidas por la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. La notificación deberá darse dentro del plazo especificado por las leyes federales o estatales para el aviso en casos de filtración de datos, prevaleciendo la que sea más estricta. Nosotros debemos notificarle por escrito vía correo postal a la dirección que tenemos en nuestros archivos, o por correo electrónico en caso de que usted esté de acuerdo en recibir comunicaciones electrónicas. Sin embargo, podemos darle aviso telefónico si tuviéramos razones para creer que existe la posibilidad inmediata de un mal uso de su información médica no autorizada, aunque dicha notificación telefónica no sustituirá nuestra obligación de notificarle por escrito. En caso de un paciente fallecido, dicha notificación le será enviada por correo postal al pariente más cercano o al representante personal del paciente en caso de que conozcamos su dirección.

Derecho a Comunicaciones Confidenciales

- ✦ Usted tiene derecho a solicitar que se le comunique su información médica por diferentes medios o en diferentes lugares. Es posible que le pidamos presentar su solicitud por escrito, y que no tenga que darnos una explicación del porqué de su petición como condición para brindarle dicha información.

Derecho a estar Informado

- ✦ Usted tiene derecho a que se le informe adecuadamente cómo usamos y revelamos su información médica. El Aviso de Procedimientos de Privacidad (El Aviso) debe notificarle acerca de sus derechos y también acerca de nuestros deberes legales referentes a su información médica. Usted tiene derecho a recibir una copia impresa del Aviso, si lo solicita. También puede obtener una copia del Aviso vigente a través de su proveedor de atención médica.

III. Cómo Podemos Usar y Revelar Su Información Médica

Por lo general, nosotros solamente podemos revelar información de su expediente 1) con su permiso, 2) para su tratamiento, o 3) si la ley federal, estatal o local nos dice que podemos o debemos hacerlo.

Nosotros podemos o debemos revelar información de su expediente para los fines enumerados en esta sección. Cuando una ley federal, estatal o local nos dice que podemos o debemos revelar información de su expediente, en ciertos casos, enumeraremos estas revelaciones en un reporte, si así se solicita. En la página 3, bajo la sección titulada “Derecho a un Informe de Revelaciones” se explica cómo puede solicitar una lista de dichas revelaciones. Por lo general, las revelaciones descritas a continuación aparecen en ese reporte identificadas con la anotación “Incluida en el Informe de Revelaciones”.

Usos y Revelaciones que No Requieren su Autorización

1) Podemos Usar o Revelar Su Información Médica para Tratamiento

Por ejemplo: Podemos usar o revelar su información médica a doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes y demás personal del hospital que lo está atendiendo. La información que obtenga una enfermera, médico, u otro miembro del equipo médico que lo atiende se registrará en su expediente y se usará para determinar el plan de tratamiento que sea más conveniente en su caso. De esta forma, el médico sabrá cómo está respondiendo al tratamiento. También podemos proporcionarle a su médico tratante, al médico remitente, o al proveedor que lo atienda posteriormente, copias de varios reportes que puedan ayudarle en su tratamiento. La revelación de su información médica a sus proveedores de atención médica incluidos los profesionales médicos que le atienden fuera de LLUH OHCA, por medio de un sistema de intercambio electrónico de información médica (“CareConnect”) o por cualquier otro método electrónico seguro le permite a los profesionales de la salud involucrados en su cuidado obtener acceso a sus registros para coordinar los servicios que necesite. Para darle continuidad a su atención médica, su información también puede ser usada o revelada por profesionales médicos que le atienden fuera de LLUH OHCA utilizando nuestro sistema electrónico de registros médicos en común (“CareConnect”), de conformidad con sus prácticas de uso y revelación como se describe en su Aviso de Procedimientos de Privacidad. Un sistema electrónico de registros médicos en común significa que los profesionales médicos que utilizan el sistema *CareConnect* tendrán acceso a la información que necesitan para brindarle a usted atención y tratamiento. Una lista de proveedores médicos que utilizan *CareConnect* está disponible en el sitio web <http://Careconnectpartners.lluh.org>.

2) Podemos Usar o Revelar Su Información Médica para Cobranza

Por ejemplo: Podemos usar o revelar su información médica para poder facturar a su plan o compañía de seguros los tratamientos y servicios que usted recibió por parte de los proveedores de LLUH OHCA, y para llevar a cabo los trámites de cobranza ya sea a usted, a una compañía de seguros o un tercero responsable del pago. Por ej., talvez sea necesario informar a su plan médico sobre cualquier procedimiento quirúrgico que se le realizó para que nos paguen o reembolsen por dicha operación. También podemos informar a su plan médico acerca de un tratamiento que se vaya a llevar a cabo para obtener la autorización o para determinar si el tratamiento tiene la debida cobertura. Consulte la página 3 para información sobre cómo puede solicitar una restricción de revelaciones a su compañía de seguros. Su información también puede ser utilizada o revelada por los profesionales médicos que le atienden fuera de LLUH OHCA, por medio del sistema de intercambio electrónico de información médica (“CareConnect”) para cobrarle a su plan de salud o seguro médico por los tratamientos y servicios que ha recibido directamente de ellos, de conformidad con sus prácticas de uso y revelación como se describe en su Aviso de Procedimientos de Privacidad.

Un sistema electrónico de registros médicos en común significa que los profesionales de la salud que utilizan el sistema *CareConnect* tendrán acceso a la información que necesitan para brindarle la debida atención y tratamiento, y para cobrar por los servicios brindados. Una lista de proveedores médicos que utilizan *CareConnect* está disponible en el sitio web <http://Careconnectpartners.lluh.org>.

3) Podemos Usar o Revelar Su Información Médica para Funciones Operativas

Por ejemplo: Los miembros del personal médico y clínico, la gerencia de riesgos o control de calidad, o los miembros del equipo de control de calidad pueden usar información necesaria de su expediente para evaluar su atención médica y los resultados de su caso y de otros similares. Esta información entonces se utilizará en un esfuerzo para mejorar continuamente la calidad y efectividad de la atención médica y servicio que proporcionamos. También podemos usar o revelar su información a doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes y demás personal del hospital con fines de revisión y aprendizaje, y según sea necesario para llevar a cabo las gestiones financieras, para administrar las normas y procedimientos de nuestro personal médico, y para cumplir con las leyes que regulan la atención médica. Otros ejemplos de cómo podemos usar o revelar su información médica para funciones operativas incluyen el usar o revelar información para actividades de cumplimiento e inspección, iniciativas de servicio al cliente y la coordinación o prestación de servicios espirituales. Nosotros podríamos eliminar la información que lo identifique de estos datos médicos para que otros puedan usarla para hacer estudios de salud y prestación de servicios médicos sin que se sepa quién es usted. Por ejemplo, su información puede ser usada para fines de control de calidad y mejora en la calidad, ya sea por el hospital o sus médicos.

4) También Podemos Usar o Revelar Su Información Médica para los Sigüientes Fines:

Directorio Institucional

- ✦ Cuando usted esté internado en nuestro hospital, nosotros podemos proporcionar su ubicación dentro de las instalaciones y su estado de salud a cualquier persona que llame y pregunte por usted, específicamente por nombre. Si usted nos informa su afiliación religiosa, es posible que le brindemos su nombre, ubicación, estado de salud y su religión a miembros del clero. Usted puede solicitar una restricción en el uso y revelación de su información médica del directorio institucional al “excluirse” del directorio, o solicitar que no incluyamos, en parte o en su totalidad, su información en el directorio de la institución. Para “excluirse” del directorio, usted debe solicitarlo por escrito en cualquiera de los mostradores de Admisiones o Registro.

Comunicación con Individuos que Participan en su Cuidado

- ✦ Nosotros podemos usar o revelar información acerca de su ubicación y estado de salud al notificar o al dar informes a un miembro de su familia, a un amigo, a un representante personal o a otra persona responsable de su cuidado. Los profesionales médicos, haciendo uso de su mejor criterio, podrían revelar a sus familiares, parientes, amigos cercanos o cualquier otra persona que lo atiende, información concerniente a su salud que les pudiera ser útil para atenderlo. Podemos compartir parte de su información con alguna persona responsable por el pago de servicios relacionados con su atención. En la página 3 bajo la sección titulada “Derecho a Solicitar Restricciones” encontrará más información sobre qué puede hacer si se opone a que nos comuniquemos con personas que participan en su cuidado.

Asistencia en caso de Desastres

- ✦ En caso de un desastre, podemos revelar su información con otros profesionales médicos, con representantes gubernamentales, u organizaciones humanitarias como la Cruz Roja, hasta donde sea necesario para responder a la situación de emergencia y para que ellos puedan coordinar las labores de ayuda para víctimas de desastres.

Estudios de Investigación

- ✦ Nosotros podemos usar o revelar información a investigadores según sea permitido por la ley o cuando dicho estudio de investigación sea aprobado por la Junta Examinadora Institucional (IRB) o Junta de Privacidad, la cual haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para asegurar la privacidad de su información médica. También podemos usar o revelar su información a personas que se estén preparando para llevar a cabo un proyecto de investigación, como por ejemplo, ayudándolos a buscar algunos pacientes con necesidades médicas específicas, con tal que la información que revisen, no salga de las instalaciones. Su médico u otra persona que lo atiende puede conversar con usted sobre la posibilidad de inscribirlo en una investigación clínica. Las revelaciones hechas fuera de nuestra institución para llevar a cabo investigaciones aprobadas por la IRB/Junta de Privacidad donde no se haya obtenido su permiso individual, estarán incluidas en el **Informe de Revelaciones**, cuando la ley así lo requiera.

Intercambios de Información Médica

- ✦ Nosotros podemos revelar su información médica disponible en formato electrónico a través de los servicios de intercambio de información médica (HIE), o a través de otras redes de intercambio electrónico de información para facilitar el intercambio seguro de su información médica entre varios proveedores u otras entidades de salud que le estén dando tratamiento. Esto significa que podemos compartir información suya que hayamos obtenido o generado con profesionales médicos que le atienden fuera de LLUH OHCA, los cuales podrán solicitar o recibir datos de sus alergias, medicamentos, historial médico, exámenes, información de seguro y demás información clínica; o podemos recibir información suya que ellos obtengan o generen, para que cada entidad pueda proporcionarle mejores servicios y coordinación de su atención médica.

En los casos en los que sea necesario obtener su consentimiento o autorización específica para revelar a otros cierta información de salud, nosotros no revelaremos dicha información, sin antes obtener su consentimiento.

Excluirse del Servicio - Si usted no está interesado en compartir su información médica con los profesionales médicos que le atienden fuera de LLUH OHCA a través de un servicio HIE, usted tiene derecho a “excluirse” del servicio presentando una solicitud por escrito en la oficina de su médico o al departamento o dirección que aparece en la sección titulada “Información de Contacto” en la página 13. Una vez que la información haya sido compartida con los proveedores fuera de LLUH OHCA, ya no se podrá recuperar, pero dichos proveedores o entidades de salud que participan en el servicio HIE u otras redes de intercambio electrónico de información ya no tendrán acceso a su información. Si usted opta por no compartir su información médica a través de este servicio HIE u otras redes de intercambio electrónico de información, pero más adelante cambia de parecer, puede solicitar que se le incluya de nuevo poniéndose en contacto con la oficina de su médico de LLUH OHCA, o al departamento o dirección que aparece en la sección titulada “Información de Contacto” en la página 13.

Registro de Vacunación de California (CAIR)

- ✦ Nosotros somos participantes del Registro de Vacunación de California (CAIR), la base de datos estatal que contiene información confidencial de las inmunizaciones del paciente. El propósito de CAIR es consolidar la información de vacunación entre los profesionales de salud, asegurar los niveles adecuados de vacunación, y evitar vacunas innecesarias. Sólo usted, su médico o personal médico que le atiende puede tener acceso a sus datos de vacunación.

- ✦ Si no desea que sus datos de vacunación o los registros sobre sus pruebas para la tuberculosis (TB) se compartan con otros proveedores médicos, agencias o escuelas participantes del CAIR, sírvase llenar el formulario de declinación llamado “*Decline or Start Sharing/Information Request Form*” y envíelo a CAIR al fax (888-436-8320). El formulario lo puede encontrar en el sitio web (<http://airweb.org/cair-forms/>), o puede ponerse en contacto con ellos llamando a la línea de servicio al cliente (800-578-7889) o escribiendo a CAIRHelpDesk@cdph.ca.gov, o pídale ayuda a su proveedor de atención médica.

Enseñanza

- ✦ Debido a que somos el principal centro de capacitación para *Loma Linda University*, sus médicos residentes, médicos subespecialistas (*fellows*), estudiantes de las carreras de medicina, odontología, enfermería, farmacología, profesiones relacionadas a la salud y otros estudios de postgrado pueden participar en su atención médica como parte de su programa de formación profesional, aunque bajo la supervisión de un médico con licencia para ejercer.

Recordatorio de Citas y Comunicación de Asuntos Relacionados con la Salud

- ✦ Nosotros podemos usar o revelar su información médica al comunicarnos con usted para recordarle una cita para su tratamiento o atención médica, o para recordarle que debe darle seguimiento a los exámenes o análisis de laboratorio que le ordenaron; asimismo para comunicarle otros beneficios o servicios relacionados a la salud que pudieran interesarle o beneficiarle. Los métodos de comunicación puede incluir: correo postal, teléfono, *fax*, correo electrónico, u otros medios electrónicos.

Usos y Revelaciones Incidentales

- ✦ Hay ciertos usos o revelaciones incidentales de su información médica que ocurren al momento de prestarle servicios o al llevar a cabo nuestras funciones hospitalarias. Por ejemplo, después de una cirugía, la enfermera o el médico puede usar su nombre para identificar a los miembros de su familia que esperan por usted en la sala de espera, por lo que otras personas que esperan en la misma área pueden escuchar su nombre. Otros ejemplos de revelaciones incidentales incluyen entre algunos otros: que visitantes del hospital escuchen por casualidad una conversación confidencial de un proveedor con otro colega o con otro paciente; o que den un vistazo a la información del paciente a la hora de firmar el registro o la vean en la pizarra de la estación de enfermería. Nosotros haremos esfuerzos razonables y aplicaremos medidas de protección razonables, y políticas y procedimientos mínimos necesarios para limitar estos usos y revelaciones incidentales.

Alternativas de Tratamiento

- ✦ Podemos usar o revelar información médica para informarle o recomendarle posibles opciones de tratamiento o alternativas que pudieran interesarle.

Productos y Servicios Relacionados con la Salud

- ✦ Podemos usar o revelar información médica para informarle acerca de nuestros productos o servicios de salud que pudieran interesarle.

Actividades de Desarrollo

- ✦ Nosotros podemos ponernos en contacto con usted como parte de un esfuerzo por recaudar fondos para el apoyo y ampliación de servicios de salud, programas educativos, y actividades de investigación relacionadas a la curación de enfermedades. Podemos usar su nombre, dirección y otra información limitada permitida por la ley, tales como las fechas en las que le brindamos atención médica,

o ponernos en contacto con usted y darle la oportunidad de hacer una donación a nuestro programa de recaudación de fondos. Nosotros no obtenemos acceso ni usamos su información de diagnóstico o tratamiento para las actividades de recaudación de fondos, a menos que tengamos su autorización por escrito para hacerlo. Nosotros no vamos a vender, comercializar o prestar su información a terceras personas, pero podemos compartirla con fundaciones estrechamente relacionadas y ligadas a nuestras actividades de desarrollo. Cualquier información de recaudación de fondos que reciba de nosotros o de cualquiera de nuestras fundaciones, incluirá información sobre cómo puede optar por no recibir comunicaciones adicionales sobre dichas recaudaciones de fondos.

Administración del Personal Médico

- ♦ La Jefatura Médica tiene la responsabilidad de asegurar que los médicos y demás profesionales de salud acreditados se conduzcan de manera apropiada al brindar atención médica y medidas de seguridad preventivas a los pacientes en nuestras instalaciones. En ocasiones, es necesario que los administradores y comisionados de la Jefatura Médica efectúen revisiones internas de los expedientes del paciente para asegurar una atención de calidad por parte de los profesionales médicos que tienen el privilegio de ejercer su profesión en nuestras instalaciones.

Socios Comerciales

- ♦ Hay algunos servicios proporcionados a través de contratos con organizaciones de terceros (“Socios Comerciales”). Podemos revelar su información médica a nuestros Socios Comerciales, según sea necesario, a fin de lograr el cumplimiento de los servicios contratados. Por ejemplo, un socio comercial puede ser un servicio de transcripción que podemos contratar para transcribir el dictado médico de su expediente médico, o un servicio de facturación que le facturará a usted o a un tercero responsable del pago por los servicios brindados. Otro ejemplo es la realización de encuestas de satisfacción del cliente o el intercambio de información sobre los pacientes que han sido tratados por problemas similares, como cáncer o trauma, con los registros nacionales (por ej., Registro Nacional del Cáncer) a fin de mejorar la calidad. Para proteger su información médica, exigimos a nuestros Socios Comerciales, contrato de por medio, salvaguardar debidamente la privacidad de su información médica. Además, estos Socios Comerciales también se rigen por la ley federal y están obligados a cumplir con las disposiciones directamente relacionadas con salvaguardar confidencialmente su información médica.

Uso o Revelación Requerido por Ley

Nosotros revelaremos su información médica cuando sea requerido por la ley federal, estatal o local.

Salud Pública

- ♦ Si la ley así lo requiere, podemos revelar su información médica con los registros centrales a nivel local, estatal o federal, al departamento de Salud Pública o a las autoridades legales para actividades que incluyen entre otros aspectos lo siguiente: (a) para la prevención y control de enfermedades, lesiones o incapacidades; (b) para reportar nacimientos y muertes; (c) para reportar el abuso o negligencia en el cuidado de niños, ancianos y adultos dependientes; (d) para informar sobre reacciones a medicamentos o problemas con productos; (e) para notificar a las personas sobre el retiro del mercado de productos que puedan estar utilizando; (f) para notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o padecimiento; (g) para notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solamente revelaremos esta información

si usted está de acuerdo, o cuando sea requerido o autorizado por la ley. *(Incluido en el Informe de Revelaciones)*

Administración de Fármacos y Alimentos (FDA)

- † Nosotros podemos revelar a la FDA su información médica por alguna reacción adversa que haya tenido con alimentos, suplementos alimenticios, productos defectuosos, o por informaciones posteriores al lanzamiento al mercado de algún producto que haga posible su retiro, reparación o reemplazo. *(Incluido en el Informe de Revelaciones)*

Compensación por Lesiones Laborales

- † Nosotros podemos revelar información hasta el grado autorizado y que sea necesario para cumplir con las leyes referentes a la compensación por lesiones en el trabajo u otros programas similares establecidos por la ley. *(Incluido en el Informe de Revelaciones)*

Actividades de Supervisión

- † Nosotros podemos revelar información médica a una agencia que supervisa los servicios de salud para actividades autorizadas por la ley. Las agencias supervisoras incluyen los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la Comisión Acreditadora de Organizaciones de Salud (*Joint Commission*), el Departamento de Servicios de Salud (DHS), el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), y otras agencias reguladoras estatales y federales. Las actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y acreditaciones. *(Incluido en el Informe de Revelaciones)*

Centro Penitenciario

- † Si usted está preso en un centro penitenciario, nosotros podemos revelar a la institución o a los agentes de la misma, información médica necesaria para su salud y para la salud y seguridad de otros individuos.

Agencias del Orden Público

- † Nosotros podemos revelar información médica para la aplicación de las leyes del orden público según lo requiera o lo permita la ley o en respuesta a un citatorio. *(Incluido en el Informe de Revelaciones)*

Demandas y Disputas

- † Si usted está implicado en una demanda o disputa, nosotros podemos revelar su información médica en respuesta a una orden administrativa o del tribunal. También podemos revelar información suya en respuesta a un citatorio, a un requerimiento para exhibición de pruebas en un juicio civil, u otro proceso legal por otra persona implicada en la disputa, pero solamente si esa persona ha intentado informarle a usted de dicha solicitud, (es decir, le ha hecho llegar una notificación al interesado) lo cual le daría a usted la oportunidad de obtener una orden de protección sobre la información solicitada. *(Incluido en el Informe de Revelaciones)*

Para Evitar una Amenaza Grave a la Salud o la Seguridad

- † Nosotros podemos usar y revelar su información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad de otra persona o del público en general. Sin embargo, cualquier revelación solamente se haría a alguien que pudiera prevenir la amenaza. *(Incluido en el Informe de Revelaciones)*

Médicos Forenses, Evaluadores Médicos y Encargados de Servicios Funerarios

- ✦ Conforme a la ley pertinente, nosotros podemos revelar su información médica a los encargados de servicios funerarios para la realización de sus funciones. *(Incluido en el Informe de Revelaciones)*

Organizaciones de Adquisición de Órganos, Ojos y Tejidos

- ✦ Conforme a la ley pertinente, nosotros podemos revelar su información médica a organizaciones de adquisición de órganos u otras entidades involucradas en la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos y/o tejidos para fines de donación y trasplante de tejidos. *(Incluido en el Informe de Revelaciones)*

Usos y Revelaciones que Requieren su Autorización

Actividades de Mercadeo

- ✦ No se nos permite proporcionar su información de salud a cualquier otra persona o empresa para el mercadeo de cualquier producto o servicio, salvo con su expresa autorización por escrito. Asimismo, no se nos permite recibir pagos a cambio de dicha comercialización. Podemos, sin embargo, entregarle materiales de mercadeo en persona, sin que necesitemos su autorización para hacerlo. Además, podemos hablarle sobre nuestros propios productos para el cuidado de la salud y servicios relacionados con su tratamiento, gestión de caso, coordinación de atención médica, tratamientos alternativos, terapias, proveedores o entornos médicos sin necesidad de obtener su autorización. Además nos está permitido darle un regalo promocional de valor nominal, si así lo deseamos, sin obtener su autorización.

Venta de Información de Salud

- ✦ No se nos permite recibir pagos por la venta de su información médica, a menos que, recibamos autorización expresa de su parte. Dicha autorización indicará que la revelación que se haga resultará en remuneración para nuestra organización.

Información de Genética

- ✦ Ciertas leyes federales y estatales pueden requerir protecciones especiales de privacidad que restringen la revelación de cierta información médica, incluyendo la información genética. Por ej., podríamos hablar con su médico para sugerirle el manejo de la enfermedad o un programa de bienestar físico y mental que le podría ayudar a mejorar su salud; sin embargo, no usaremos ni revelaremos su información genética con fines de contratación de cobertura médica.

Otros Usos y Revelaciones de la Información Médica

- ✦ Los demás usos y revelaciones de información médica no cubiertos por este aviso o por las leyes que nos rigen, solamente se darán a conocer con su permiso escrito (por ejemplo, la mayoría de los usos y revelaciones de las evaluaciones psicoterapéuticas). Si usted nos da su permiso para usar o revelar su información médica, usted puede revocar ese permiso en cualquier momento, aunque debe hacerlo por escrito. Si usted revoca su permiso, esto suspenderá cualquier uso o revelación adicional de información para los fines incluidos en su autorización, excepto si ya hubiéramos actuado en base a ese permiso. Usted comprenderá que no podemos recuperar ninguna revelación que ya hayamos hecho con su permiso, y que estamos obligados a conservar el expediente de la atención médica que le brindamos.

IV. Nuestras Responsabilidades

Se requiere que LLUH OHCA:

- ♦ mantenga la privacidad de su información médica.
- ♦ le proporcione a usted un aviso de nuestras responsabilidades legales y procedimientos de privacidad con respecto a la información suya que recopilamos y mantengamos.
- ♦ cumpla con los términos de este aviso.

V. Otra Información Importante

Cambios a este Aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y poner en efecto las nuevas disposiciones para la información médica que mantengamos. Publicaremos una copia del aviso vigente en cada establecimiento afiliado y en nuestro sitio web oficial <http://www.llu.edu>.

El aviso tendrá en la primera página, en la esquina superior derecha, la fecha de la última actualización realizada.

Para Más Información o para Reportar un Problema

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja. Para hacerlo, póngase en contacto con el representante de la Oficina de Servicios al Paciente que aparece más adelante en la sección titulada “Información de Contacto” en la página 13 de este Aviso. Todas las quejas deben presentarse por escrito. Usted no sufrirá represalias por presentar una queja.

Usted también puede presentar una queja con la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Si lo solicita, nuestro representante de servicios al paciente puede proporcionarle la dirección apropiada.

IMPORTANTE INFORMACIÓN DE CONTACTO			
Razón del Contacto	Departamento a Contactar		
<p>* Solicitud para tener acceso, inspeccionar y obtener copia de resultados de laboratorio, del expediente médico o de los registros de facturación.</p> <p>* Solicitud para modificar su expediente médico o registro de facturación.</p> <p>* Solicitud para obtener un Informe de Revelaciones.</p> <p>* Solicitud para optar por no intercambiar información de salud.</p>	<p>LLU Medical Center (Adult, Surgical, and East Campus Hospitals)</p> <p>* LLU Children's Hospital</p> <p>* LLU Center for Health Promotion</p> <p>* LLUHC-Faculty Groups</p> <p>* Highland Springs Surgical Center (HSSC)</p> <p>* Highland Springs Imaging Center (HSIC)</p> <p>Health Information Management 101 East Redlands Blvd. Suite 1200 San Bernardino, CA 92408 Tel: 909-651-4191</p>		
	<p><u>LLU Behavioral Medicine Center (LLUBMC)</u> Health Information Management 1710 Barton Road Redlands, CA 92374 Tel: 909-558-9250</p>	<p><u>LLU Medical Center – Murrieta</u> Health Information Management 28078 Baxter Road #526 Murrieta, CA 92563 Tel: 951-290-4510</p>	<p><u>LLU School of Dentistry</u> Dental Records 11092 Anderson St. Loma Linda, CA 92354 Tel: 909-558-4612</p>
* Solicitud de Restricciones	Solicítela directamente a su proveedor de atención médica. Si es paciente interno, también puede hacerlo en el mostrador de Admisiones o Registro.		
* Solicitud de Comunicación por Medios Alternativos	Solicítela directamente a su proveedor de atención médica.		
* Quejas (por escrito)	<p><u>LLU Medical Center – Murrieta</u> Patient Relations 28062 Baxter Road Murrieta, CA 92563</p>	<p><u>LLUHC-Faculty Groups and Center for Health Promotion</u> Patient Relations 11370 Anderson Street Loma Linda, CA 92354</p>	<p><u>LLU Medical Center (Adult, Children, Surgical, and East Campus Hospitals)</u> Patient Relations 11234 Anderson St. Loma Linda, CA 92354</p>
	<p><u>LLUBMC</u> Patient Relations 1710 Barton Road Redlands, CA 92374</p>	<p><u>LLU School of Dentistry</u> Patient Relations 11092 Anderson Street, Loma Linda, CA 92354</p>	
	<p><u>Highland Springs Surgical Center (HSSC)</u> Patient Relations 81 South Highland Springs Ave. Ste 100A Beaumont, CA 92223</p>	<p><u>Highland Springs Imaging Center (HSIC)</u> Patient Relations 81 South Highland Springs Ave. Ste 102 Beaumont, CA 92223</p>	
Línea para presentar quejas por asuntos de privacidad	<p>Hospital principal (Main Campus): 909-558-8282 Highland Springs Surgical Center: 951-849-3512 Highland Springs Imaging Center: 951-849-3055</p>		

**Entidades Incluidas en el Sistema Organizado de Salud Médica de
Loma Linda University Health (LLUH) Organized Health Care Arrangement (OHCA)**

Loma Linda University Medical Center (LLUMC) *(incluye, pero no se limita a:)*

- Loma Linda University Medical Center – East Campus Hospital
- Loma Linda University Surgical Hospital

Loma Linda University Children’s Hospital (LLUCH)

Loma Linda University Medical Center – Murrieta (LLUMC-M)

Loma Linda University Behavioral Medicine Center (LLUBMC)

Loma Linda University Health Care (LLUHC)

Loma Linda University Faculty Practice Plan (LLUFPP)

- Faculty Physicians and Surgeons of Loma Linda University School of Medicine (LLUSM)
- Loma Linda University Faculty Medical Group
- Faculty Medical Group of LLUSM
- Loma Linda University Anesthesiology Medical Group, Inc.
- Loma Linda University Pathology Medical Group, Inc.
- Loma Linda University Radiation Medicine

Loma Linda University

Loma Linda University Health Education Consortium (LLUHEC)

Behavioral Health Institute (BHI)

Social Action Community Health System (SACHS)

Beaumont Surgery Center, LLC dba Highland Springs Surgical Center (HSSC)

Beaumont Radiology Services, LLC dba Highland Springs Imaging Center (HSIC)

Loma Linda University Shared Services



3000B

Acuse de Recibo del Aviso de Procedimientos de Privacidad

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

Al firmar este formulario, usted reconoce haber recibido el *Aviso de Procedimientos de Privacidad* de ésta y todas las demás entidades incluidas bajo el *Loma Linda University Health (LLUH) Organized Health Care Arrangement (OHCA)*.

Nuestro *Aviso de Procedimientos de Privacidad* ofrece información sobre cómo podemos usar y revelar su información médica confidencial. Le recomendamos que lo lea por completo.

Nuestro *Aviso de Procedimientos de Privacidad* está sujeto a cambios. Si cambiamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia del aviso modificado en nuestra página web www.llu.edu o comunicándose con la Oficina de Privacidad al (909) 558-6460.

Si usted tiene alguna pregunta sobre nuestro *Aviso de Procedimientos de Privacidad*, por favor comuníquese con la Oficina de Privacidad al (909) 558-6460.

Firma del Paciente / Representante Legal: _____ Fecha/Hora: _____

Nombre del Representante Legal: _____ Relación _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Últimos 4 dígitos del Seguro Social del Paciente: _____

IMPEDIMENTO PARA OBTENER EL ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE

Para uso interno solamente

Tratamos de obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro *Aviso de Procedimientos de Privacidad*, pero no se pudo obtener debido a que:

- La persona se negó a firmar.
- Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo, y haremos el intento de obtenerlo en la próxima oportunidad disponible.
- El paciente está incapacitado/imposibilitado para firmar.
- Otra razón (especifique).

Signature of Facility Representative: _____ Date/Time: _____

Department: _____

PATIENT IDENTIFICATION

NAME:

BIRTH DATE:

MEDICAL RECORD #:



LOMA LINDA UNIVERSITY
HEALTH