

# NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigor: 21 junio de 2021

# ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PUEDE SER USADA Y DIVULGADA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. LÉALA CON ATENCIÓN.

## ¿QUÉ ES UNA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD?

Children's Hospital of Philadelphia (CHOP) respeta el hecho de que su información médica es personal y de carácter privado. Puede haber información de este tipo en notas de las citas con los médicos y las hospitalizaciones, informes de cirugía, resultados de pruebas y análisis de laboratorio, y copias de radiografías, entre otros.

Si usted es padre, madre o tutor legal, y recibe esta Notificación porque su hijo recibe atención en CHOP, entienda que el texto está dirigido a ellos. Nos referimos a la privacidad de la información médica de su hijo.

Por ley, debemos mantener la privacidad de su información médica y proporcionarle esta Notificación de prácticas de privacidad (la Notificación) que le informa:

- cómo CHOP puede usar y compartir su información médica sin su autorización por escrito
- sus derechos sobre la privacidad de su información médica, incluso cómo puede verla o solicitarle una copia a CHOP
- cómo puede ponerse en contacto con alguien en CHOP si tiene alguna pregunta sobre esta Notificación o una inquietud sobre la privacidad

La información de contacto para obtener su información médica o expresar una inquietud se encuentra en la sección "Información de contacto" al final de esta Notificación.

## ¿QUIÉN DEBE CUMPLIR LAS REGLAS QUE SE MENCIONAN EN ESTA NOTIFICACIÓN?

Los empleados de todos los centros de CHOP que manejan su información médica deben cumplir las reglas que se incluyen en esta Notificación. Esto incluye profesionales de la salud, otros empleados, estudiantes, practicantes, voluntarios y otro personal de CHOP. "CHOP" significa Children's Hospital of Philadelphia y todas las organizaciones relacionadas, entre ellas:

- Children's Hospital of Philadelphia Practice Association
- CHOP Clinical Associates
- Children's Anesthesiology Associates, Children's Health Care Associates, Children's Surgical Associates, Radiology Associates of Children's Hospital y sus organizaciones en Nueva Jersey
- Children's Hospital Foundation
- First Medical Insurance Company (A Risk Retention Group)

## MI HIJO ES MENOR DE 18 AÑOS. ¿CUÁLES SON SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD?

Los pacientes menores de 18 años por lo general se consideran menores. En la mayoría de los casos, los padres, madres o los tutores legales de los pacientes menores toman las decisiones sobre la atención médica de sus hijos, controlan la divulgación de la información médica de sus hijos y ejercen los derechos de privacidad que se describen en esta Notificación. Sin embargo, hay momentos en los que los pacientes menores pueden tomar

decisiones sobre su propia atención. En tales casos, el paciente menor controla la divulgación de su información médica y ejerce los derechos descritos en esta Notificación. Por ejemplo, por ley, algunos menores como los adolescentes pueden buscar atención médica por sí mismos para afecciones tales como problemas de salud mental, enfermedades de transmisión sexual, VIH, adicciones y embarazo. Además, algunos menores (por ejemplo, los que están casados o las jóvenes que han estado embarazadas, o los egresados de la escuela secundaria) tienen los mismos derechos que los adultos para tomar decisiones sobre toda su atención médica. Cuando los pacientes menores tienen permitido por ley tomar decisiones sobre su propia atención médica, ellos controlan la divulgación de su información médica, incluso a sus padres, madres/tutores legales, y ejercen los derechos de privacidad descritos en esta Notificación.

## ¿CÓMO USAMOS Y COMPARTIMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA?

Los proveedores de atención médica pueden usar y compartir su información médica por ciertos motivos sin su autorización por escrito. Las razones más comunes se enumeran a continuación, junto con algunos ejemplos y excepciones.

### Tratamiento

Los miembros del equipo de atención médica de CHOP pueden usar y compartir su información médica para proporcionar la atención que necesita. Por ejemplo, podemos compartir información para:

- hacer los arreglos para los diversos servicios que necesita, por ejemplo, medicamentos recetados, análisis de laboratorio, radiografías, servicios de salud en el hogar y equipos médicos
- administrar su atención continua con el pediatra, con el médico que lo refirió y con otros médicos
- proporcionar información sobre las opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud
- remitirle y posteriormente coordinar su atención con agencias de servicios sociales, organizaciones comunitarias o personas u organizaciones similares que proporcionen o coordinen el apoyo a sus necesidades médicas, sociales, educativas y de otro tipo que afecten a su salud, como servicios de intervención temprana, servicios educativos o asistenciales, asesoramiento en caso de crisis, asistencia alimentaria o servicios similares

### Pago de la atención

El personal de CHOP puede usar y compartir su información médica para que podamos recibir el pago de su atención. Por ejemplo, podemos compartir información para:

- obtener la aprobación de su compañía de seguro de salud para pagar sus servicios médicos
- cobrarle el pago a usted, a su aseguradora o a otra persona que haya aceptado pagar su atención médica
- responder solicitudes de su compañía de seguro cuando realizan revisiones y auditorías

### Procedimientos de atención médica

El personal de CHOP puede usar y compartir su información médica para manejar sus servicios y establecimientos de atención médica. Por ejemplo, podemos usar y compartir su información para:

- evaluar y mejorar los servicios prestados a nuestros pacientes, incluso mediante el uso de encuestas gestionadas por CHOP y/o por terceros para las que se le puede contactar mediante llamadas en directo, pregrabadas o automatizadas, mensajes de texto o correo electrónico
- prepararnos para inspecciones y revisiones de nuestras instalaciones
- investigar y resolver las quejas de los pacientes, los padres, madres o los empleados
- formar a nuestro personal
- evaluar el desempeño de los proveedores de salud
- participar en la planificación, el desarrollo, la gestión y las actividades administrativas generales

### Intercambios de información de salud

Un intercambio de información de salud (HIE) es una forma de compartir su información médica electrónicamente con sus proveedores de atención médica no afiliados a CHOP y a las aseguradoras, y otras entidades con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención y otros fines permitidos por la ley. Una de las ventajas del intercambio de datos del HIE es que nos permite compartir de forma rápida y segura su información médica con otros proveedores de atención médica que le atienden para que puedan proporcionarle una atención más segura y eficaz.

CHOP participa en los HIE. Cuando usted recibe atención de nosotros, su información médica en CHOP se comparte automáticamente con estos HIE. Aunque la información sensible de las clínicas de CHOP que prestan servicios como salud mental, drogas y alcohol, VIH-SIDA y ciertos tratamientos de salud reproductiva está bloqueada de los HIE, la información sobre estas condiciones y servicios puede estar incluida en otra información médica que CHOP comparte con los HIE. Una vez que CHOP comparte su información médica, la organización HIE (y no CHOP) determinará, controlará y administrará cómo se verá, compartirá, accederá, intercambiará o utilizará su información.

Tiene derecho a negarse a que su información médica se comparta con los HIE completando el formulario de exclusión en [www.chop.edu/hieoptout](http://www.chop.edu/hieoptout) y enviándolo en línea. También puede optar por no participar mientras está en CHOP para una visita. Aunque opte por no compartir los datos con el HIE, seguiremos compartiendo su información médica con los proveedores de atención médica que participen en su atención y con otros, tal como se indica en esta Notificación, por fax, correo electrónico o teléfono, para facilitar una atención de alta calidad y otras actividades. Puede encontrar información adicional sobre los HIE en los que participa CHOP, así como detalles sobre los tipos de información médica que se comparten, en [www.chop.edu/HIE](http://www.chop.edu/HIE).

### Para comunicarnos con usted

CHOP y nuestros proveedores pueden ponerse en contacto con usted por correo, teléfono, mensajes de texto, correo electrónico u otros medios electrónicos para, entre otras cosas:

- programar, cancelar, reprogramar o recordarle una cita

- proporcionarle o recopilar información antes o después de una cita, como instrucciones previas a la visita, encuestas de satisfacción o notificación de resultados de pruebas
- proporcionar información sobre cómo cuidar su salud
- informarle sobre nuestros servicios, alternativas de tratamiento, recaudación de fondos y servicios comunitarios
- notificarle si se produce una violación de la privacidad de su información

Al ponerse en contacto con usted, se puede utilizar un marcador automático, un mensaje pregrabado y/o una voz artificial. Si no está disponible, o a menos que nos diga lo contrario (véase el derecho a solicitar comunicación confidencial más abajo), se puede dejar un mensaje de voz o un mensaje en el número de teléfono que nos proporcione. Si no podemos localizarlo, podemos comunicarnos con su contacto de emergencia para llegar a usted.

### Investigación médica

CHOP realiza investigaciones para saber más sobre salud y enfermedades. Los investigadores a menudo necesitan usar información médica para hacer su trabajo. Muchos estudios de investigación en los que se utilizará y se compartirá su información médica solo se pueden realizar con su autorización por escrito. En ocasiones, los investigadores pueden usar y compartir su información médica sin su autorización. Esto puede incluir lo siguiente:

- un investigador puede revisar su información médica para decidir si se puede hacer un proyecto de investigación
- un investigador puede revisar su información médica para determinar si usted podría ser elegible para un estudio de investigación en particular y comunicarse para saber si estaría interesado en participar en él
- un investigador puede usar su información médica para realizar un proyecto si: (i) los datos no incluyen su nombre u otra información que lo identifique en forma directa; y (ii) el investigador acepta proteger su información
- un investigador puede usar datos médicos de un paciente fallecido para investigación

También puede utilizar su información para realizar un estudio de investigación sin pedirle su permiso si un comité especial en CHOP revisa la solicitud y lo permite. Este comité trabaja con el investigador con el fin de proteger su privacidad. Algunos de los investigadores que usan su información pueden trabajar fuera de CHOP, en otros hospitales, universidades o empresas con fines de lucro.

### Salud y seguridad públicas

Podemos compartir su información médica para cumplir las leyes federales, estatales y locales que nos exigen que compartamos la información que afecta la salud y la seguridad públicas. Según la ley, debemos:

- informar sobre enfermedades contagiosas a las agencias de salud pública
- informar nacimientos, muertes, lesiones por quemadura y casos de presunto abuso o negligencia a las oficinas gubernamentales del estado y locales que llevan un registro de estos datos
- compartir la información necesaria con la Cruz Roja u otras entidades de socorro para actividades de asistencia en caso de desastres, de manera que puedan informar a sus familiares dónde está usted y cuál es su estado de salud

### **Para impedir una amenaza grave a la salud o la seguridad**

Podemos compartir su información médica para impedir o reducir una amenaza seria a su salud y seguridad o las de otras personas. Por ejemplo, si usted tiene una enfermedad contagiosa, como meningitis, podemos informarles a las personas que han estado en contacto con usted para que puedan obtener atención médica.

### **Donación de órganos y tejidos**

Podemos compartir la información médica con bancos de donación de órganos y con grupos dedicados a la donación o el trasplante de órganos. Esta información puede ayudar a determinar si un paciente que ha fallecido o está agonizando puede ser candidato para la donación de órganos.

### **Para responder a una orden judicial, citación u otro pedido legítimo**

Podemos compartir su información médica con un abogado u otro funcionario autorizado en respuesta a:

- una orden judicial
- una citación u otra solicitud similar autorizada por ley. La persona que solicita su información debe indicarnos que se ha hecho todo lo posible para notificarlo de la solicitud o para obtener una orden judicial que proteja la privacidad de su información una vez que se reciba.

Cierta información médica muy delicada, como la información sobre el VIH o el abuso de sustancias, solo podrá ser compartida con un abogado u otro funcionario autorizado si se obtiene una orden judicial.

### **Institutos correccionales**

Podemos compartir su información médica con una institución o funcionario correccional si usted es un recluso de un establecimiento carcelario o está bajo custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley. Por ejemplo, podemos compartir información si la institución o un funcionario nos informa que es necesario para:

- proporcionarle atención médica a usted o a otra persona
- proteger su salud y seguridad o las de otras personas
- propiciar la seguridad y la protección de quienes están reclusos en el instituto correccional

También podemos compartir información médica con las autoridades del orden público para identificar o aprehender a una persona que se ha fugado de una institución correccional o de otra custodia legal.

### **Orden público**

Podemos compartir su información médica, con ciertas limitaciones, con la policía u otros funcionarios encargados de hacer cumplir la ley cuando las leyes permiten o exigen que se comparta la información.

Por ejemplo, podemos:

- informar ciertos tipos de lesiones, si lo exigen las leyes, como lesiones causadas por armas de fuego
- alertar a las autoridades del orden público sobre una muerte que consideramos que puede haber sido resultado de un delito
- responder a una solicitud de información, si usted es víctima de un delito y está de acuerdo con que compartamos la información, o en ciertos casos en los que no puede estar de acuerdo debido a sus lesiones

- proporcionar información para identificar o aprehender a una persona que se ha confesado culpable de participar en un delito violento cuando consideramos que es posible que haya habido un daño físico grave a la víctima
- responder a una solicitud de información necesaria para ayudar a identificar o encontrar a alguien que es sospechoso, fugitivo, testigo o desaparecido
- informar de la presencia de evidencia de un delito en una de nuestras instalaciones
- responder a una orden judicial, citación o proceso judicial similar

### **Actividades gubernamentales especiales**

Podemos compartir su información médica con funcionarios federales autorizados para:

- actividades de seguridad nacional permitidas por ley
- la protección de funcionarios del gobierno o de jefes de estado extranjeros o para conducir investigaciones de amenazas contra estas personas
- actividades militares o de veteranos, según lo permita la ley si usted integra o integró las fuerzas armadas

### **Actividades de supervisión de la atención**

Podemos compartir su información médica con organismos que supervisan programas de atención médica. Estas agencias usan la información para expedir licencias, llevar a cabo investigaciones y controlar si los proveedores de atención médica cumplen las leyes. Por ejemplo, estas actividades incluyen:

- auditorías de las agencias de Medicaid
- inspecciones del Departamento de Salud

### **Médico forense, perito forense o director de servicios funerarios**

Podemos compartir la información médica con médicos forenses o examinadores médicos cuando sea necesario para identificar a una persona que ha fallecido o para determinar la causa de su muerte. También podemos compartir la información con directores de servicios funerarios, cuando sea necesario para cumplir sus tareas.

### **Reclamaciones laborales**

Podemos compartir la información médica con programas de indemnización por accidentes del trabajo o programas similares que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

### **Según lo permita o estipule la ley**

Podemos compartir su información médica en otras situaciones cuando así lo permitan o exijan las leyes.

### **Para prestar servicios en nombre de CHOP**

Podemos compartir su información médica con las personas y las organizaciones que asisten a CHOP con nuestras actividades comerciales. CHOP ha celebrado acuerdos con estas personas y organizaciones que exigen que la información médica que compartimos con ellos sea protegida, y solo se use y se comparta para proporcionar los servicios en nombre nuestro. Por ejemplo, podemos compartir su información con terceros que:

- facturan a compañías de seguros en nuestro nombre
- nos brindan servicios de soporte informático para asistirnos con el mantenimiento de nuestros sistemas de computación
- evalúan nuestras operaciones para ayudarnos a mejorar
- nos ayudan con nuestros programas de recaudación de fondos

### **Comprobantes de vacunación para escuelas**

Podemos compartir documentación con escuelas, incluidas la mayoría de las instalaciones de cuidado infantil, en la que se demuestre que su hijo (o usted, si usted es adulto o menor emancipado) ha sido vacunado según lo exigido por ley, siempre que contemos con su consentimiento oral o que usted nos haya solicitado que compartamos esta información.

### **¿CÓMO PODEMOS USAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA QUE NO LO IDENTIFICA?**

Podemos hacerlo cuando se han eliminado los datos de identificación con cualquier fin, sin su permiso escrito, según lo permita la ley. Podemos usar datos que contengan datos de identificación limitados en ciertas situaciones, como procedimientos de salud pública, investigación y atención médica, con las protecciones correspondientes que establece la ley.

### **¿CÓMO PODEMOS USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA SI USTED NO SE OPONE?**

#### **Directorio de pacientes hospitalizados**

Podemos compartir la información del directorio con una persona que llama o lo visita y pregunta por usted por su nombre, a menos que usted se oponga. La información del directorio incluye su nombre, su número de habitación, su ubicación y el número de teléfono en CHOP, y su estado general (por ejemplo, indeterminado, bien, regular, grave o crítico). Podemos proporcionar información del directorio, incluida su religión (si usted la comparte con nosotros), a los miembros del clero para que puedan visitarlo.

#### **Participación en la atención**

Podemos compartir su información con una persona distinta de su padre, madre o tutor legal si dicha persona participa en su atención o en el pago de su atención. Por ejemplo, si un familiar, amigo o cuidador viene con usted a CHOP y está presente mientras se le brinda atención médica, supondremos que esa persona puede conocer su estado y atención, a menos que usted nos informe algo diferente. Intentaremos determinar quién es la persona, y, de ser posible y adecuado, le daremos la posibilidad de que nos diga si dicha persona puede escuchar cierta información. Intentaremos compartir solo la información que está relacionada con la participación de esa persona en su atención.

#### **Actividades de recaudación de fondos**

Podemos usar y compartir información limitada para ponernos en contacto con usted sobre nuestras actividades de recaudación de fondos. La información que podemos usar para nuestras actividades de recaudación de fondos incluye su nombre, dirección, edad, sexo, fecha de nacimiento, número de teléfono y otra información de contacto (como la dirección de correo electrónico), las fechas en las que recibió atención en CHOP, el nombre de su médico tratante, su departamento general de servicios, los resultados de su tratamiento y su condición respecto del seguro de salud. Es posible que reciba llamadas, cartas u otros mensajes de Children's Hospital Foundation, que llevan a cabo las actividades de recaudación de fondos para CHOP, o de una organización externa que nos ayuda con la recaudación de fondos, para pedirle que considere hacer una donación. Toda comunicación sobre las actividades de recaudación de fondos que reciba de CHOP incluirá

información sobre cómo puede ser excluido de nuestra lista de contacto. Las actividades de recaudación de fondos nos permiten apoyar avances en la atención, la investigación y la educación pediátricas, y proporcionar muchos servicios y programas especiales a los pacientes y la comunidad.

### **¿CUÁNDO ES NECESARIA SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO PARA USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA?**

**Cualquier otro uso y divulgación que no se describe en esta Notificación requieren su autorización.**

Para cualquier uso o divulgación no descritos en esta Notificación, necesitamos su permiso especial y pleno por escrito (también conocido como autorización). Por ejemplo, necesitamos una autorización por escrito si deseamos usar o compartir su información con fines de marketing o para vender su información.

#### **Información médica muy confidencial:**

Algunos tipos de información médica muy confidencial reciben protección extra en virtud de las leyes federales y estatales. Conforme a estas leyes, pueden exigirnos obtener su autorización previa por escrito para compartir lo siguiente:

- notas de psicoterapia escritas y guardadas por su terapeuta, excepto con fines relacionados a tratamiento, pago, procedimientos de atención médica, o según la ley lo permita o exija
- otra información de salud mental documentada por un proveedor de salud mental
- información sobre el tratamiento por abuso de sustancias (drogas y alcohol)
- pruebas, diagnóstico o información relativa a tratamientos del VIH/SIDA
- información genética cuando se comparte con determinados proveedores no pertenecientes a la atención médica

### **¿CUÁLES SON SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD?**

Usted tiene los siguientes derechos en relación con su información médica. Si desea ejercer alguno de ellos, comuníquese con su médico u otro proveedor de servicios de atención en CHOP, nuestro Departamento de Administración de Información de Salud o el Funcionario de Privacidad, con la información de contacto que aparece más adelante. Es posible que deba enviar su solicitud por escrito en algunos casos.

#### **Derecho a ver sus registros y obtener una copia de ellos**

Tiene derecho a recibir y tener acceso a su historia clínica, registros de facturación y otros usados registros usados por CHOP para tomar decisiones de tratamiento o facturación sobre usted, con ciertas excepciones. Si solicita una copia electrónica o impresa de sus registros, podemos cobrar un cargo razonable por las copias y los gastos de envío, según lo permitido por las leyes estatales. También puede obtener cierta información médica y de facturación en forma directa de parte de CHOP mediante el uso de su portal de paciente en línea, cuenta MyCHOP. Si necesita más información de la que está disponible en su cuenta de MyCHOP, puede solicitar su historia clínica directamente a su proveedor de CHOP o presentando su solicitud en MyCHOP. Para más información sobre MyCHOP, incluida la creación de una cuenta, consulte [www.chop.edu/mychop](http://www.chop.edu/mychop).

**Derecho a solicitar un cambio en su información médica**  
Tiene derecho a solicitar modificaciones en la información que considera incorrecta o incompleta en su historia clínica, registros de facturación u otros registros usados por CHOP para tomar decisiones de tratamiento o facturación sobre usted. Todas las solicitudes deben hacerse por escrito. Consideraremos atentamente todas las solicitudes y le informaremos si puede efectuarse el cambio.

**Derecho a solicitar una lista de ciertas divulgaciones de su información médica fuera de CHOP**  
Tiene derecho a solicitar una lista de divulgaciones que haya realizado CHOP de su información médica. La lista no incluirá cada caso, pero contendrá datos que CHOP debe incluir, por ley, en tal informe.

**Derecho a solicitar una restricción**  
Tiene derecho a solicitarnos que limitemos cómo utilizamos y compartimos su información médica, incluida la información que compartimos con las personas que participan en su atención o en el pago de su atención. Todas las solicitudes deben hacerse por escrito. Consideraremos con atención su solicitud y le informaremos si podemos concedérsela. Comprenda que no podremos estar de acuerdo con la mayoría de las solicitudes porque estas podrían evitar que usemos o compartamos la información necesaria para el tratamiento, el pago y los procedimientos de atención médica. Sin embargo, si nos solicita que no compartamos su información médica con su plan de salud en relación con un servicio o elemento que usted pagó completamente de su bolsillo, cumpliremos su solicitud.

**Derecho a solicitar comunicación confidencial**  
Tiene derecho a pedirnos que nos comuniquemos con usted de ciertas formas o en cierto lugar para proteger su privacidad en mayor medida. Su solicitud debe especificar cómo desea ser contactado. Por ejemplo, puede pedirnos que nos comuniquemos con usted únicamente en el trabajo o solo en su hogar. No tiene que dar un motivo para su solicitud. Concederemos las solicitudes razonables. Si conceder una solicitud podría impedir que CHOP reciba el pago de su atención, deberá proporcionarnos información adicional sobre cómo se pagará la cuenta.

**Derecho a revocar una autorización para compartir su información médica**  
Tiene el derecho de cambiar de idea después de haber firmado un formulario de autorización que habilita a CHOP a divulgar su información médica. En cualquier momento, puede cancelar su autorización al presentar una solicitud por escrito. Tal cancelación entrará en vigor cuando la recibamos, y no divulgaremos más información basada en la autorización cancelada. No podemos retirar la información que ya hemos divulgado.

**Derecho a obtener una copia impresa de esta Notificación y a que esté disponible en nuestro sitio web**  
Tiene derecho a tener una copia de la versión actual de esta Notificación. Podrá encontrarla, junto con otra información útil sobre privacidad de los pacientes, en nuestro sitio web: [www.chop.edu/hipaa](http://www.chop.edu/hipaa).

**Derecho a recibir notificación sobre una violación de su información**  
Tiene derecho a recibir una notificación y la recibirá si, después de una evaluación según estándares establecidos por la ley, se determina que su información médica ha sido violada.

Para más información sobre sus derechos bajo la HIPAA, puede visitar [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

**Revisiones de esta Notificación**  
Podemos modificar esta Notificación en cualquier momento. Todas las modificaciones que hagamos se aplicarán a la información médica que ya obre en poder de CHOP. Cumpliremos los términos y las condiciones de la Notificación que esté vigente. Puede obtener una copia impresa de nuestra Notificación vigente en cualquiera de las ubicaciones de CHOP o en nuestra página web.

### **¿CON QUIÉN PUEDE PONERSE EN CONTACTO SI LE PREOCUPA LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN, O SI TIENE UNA PREGUNTA SOBRE ESTA NOTIFICACIÓN O SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD?**

Si tiene alguna duda sobre la privacidad de su información médica o sus derechos, puede ponerse en contacto con la Oficina de Privacidad de CHOP por teléfono o por correo electrónico (*véase la información de contacto más abajo*). Respetamos su derecho a expresar sus inquietudes y no tomaremos ninguna medida contra usted por hacerlo. Todas las inquietudes se investigan plenamente.

También puede contactar al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles. Puede encontrar información sobre cómo informar una inquietud ante este organismo de gobierno en: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints), o por teléfono al: **800-368-1019**.

### **INFORMACIÓN DE CONTACTO**

**Oficina de Privacidad**  
267-426-6044  
[PrivacyOffice@chop.edu](mailto:PrivacyOffice@chop.edu)

**Departamento de Administración**  
de Información de Salud  
215-590-3640  
[HIMROI@chop.edu](mailto:HIMROI@chop.edu)

Fecha de entrada en vigor: 21 junio de 2021

# CHOP MANTIENE UN COMPROMISO CON LA ACCESIBILIDAD IDIOMÁTICA

Si habla otro idioma, tiene a su disposición servicios de asistencia sin cargo.

Llame al 1-800-879-2467.

## Español - Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-879-2467.

## 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1-800-879-2467。

## العربية-Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-800-879-2467.

## 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 1-800-879-2467.

## Français-French

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-879-2467.

## Português-Portuguese

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-879-2467.

## नेपाली-Nepali

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-800-879-2467 ।

## ខ្មែរ-Cambodian

ចុះយក់្រង៖ បង្កើតសិទ្ធិជាអន្តរកម្មនិយាយភាសាខ្មែរ, សង្កាសន្តយជ្រុនកែភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បង្កើតអន្តរកម្ម។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-879-2467។

## বাঙালি-Bengali

লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-800-879-2467

## Русский-Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-879-2467.

## 한국어-Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-879-2467 번으로 전화해 주십시오.

## Bahasa Indonesia-Indonesian

PERHATIAN: Jika Anda berbicara dalam Bahasa Indonesia, layanan bantuan bahasa akan tersedia secara gratis. Hubungi 1-800-879-2467.

## اردو-Urdu

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-879-2467.

## Türkçe-Turkish

DİKKAT: Eğer Türkçe konuşuyor iseniz, dil yardımı hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilirsiniz. 1-800-879-2467 irtibat numaralarımı arayın.

## Polski-Polish

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-879-2467.

## Italiano-Italian

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-879-2467.

## हिंदी-Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-879-2467 पर कॉल करें।

## ગુજરાતી-Gujarati

ચુ ના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-879-2467.

## Tagalog - Filipino

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-879-2467.

## 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。1-800-879-2467 まで、お電話にてご連絡ください。

## Deutsch-German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-879-2467.

## Deutsch-Pennsylvania Dutch

Wann du Deitsch (Pennsylvania German / Dutch) schwetzscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: 1-800-879-2467

# NUESTRO COMPROMISO CON LA DIVERSIDAD POBLACIONAL

Children's Hospital of Philadelphia cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina a las personas por su raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Children's Hospital of Philadelphia no excluye a nadie ni trata a las personas de manera diferente por su raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

## Children's Hospital of Philadelphia

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen en forma eficaz con nosotros, tales como:
  - Intérpretes de lengua de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios gratuitos de idioma a personas cuya lengua principal no es el inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese al 1-800-879-2467.

Si cree que Children's Hospital of Philadelphia no ha cumplido en brindarle estos servicios o lo ha discriminado de otra forma por raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo en:

## Family Relations Office

3401 Civic Center Blvd., Philadelphia, PA 19104  
teléfono: 267-426-6983; fax: 267-426-7412  
correo electrónico: [familyrelations@chop.edu](mailto:familyrelations@chop.edu).

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Family Relations está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una demanda de derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de forma electrónica mediante el portal de demandas de esa entidad, en [ocrportal.hhs.gov](http://ocrportal.hhs.gov) o por correo o teléfono:

## U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Ave.  
SW Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)  
Encontrará formularios para quejas en: [hhs.gov/ocr/office/file](http://hhs.gov/ocr/office/file).

Fecha de entrada en vigor: Octubre de 2016

