



Privacy Office  
4000 Nexus Drive, Avenue North – Suite NW3-100,  
Wilmington, DE 19803  
Teléfono: 302-623-4468, Fax: 302-428-2475

Fecha de vigencia: 23 de septiembre de 2013

Última fecha de revisión: 27 de septiembre de 2021

## Aviso de prácticas de privacidad (NPP) según la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos (HIPAA): ¡léalo con atención!

Este NPP es sobre su información, sus derechos y nuestras responsabilidades. Explica cómo ChristianaCare puede usar y revelar su información y cómo usted puede acceder a ella.

Para ChristianaCare, la privacidad de nuestros pacientes es muy importante. Sabemos que su información médica es muy personal. Hacemos todo lo posible para proteger la privacidad de su información médica. Solo usaremos y revelaremos la menor cantidad de información necesaria para el propósito previsto y según lo exija la ley.

<b>Nuestras responsabilidades</b>	<p>Para atenderlo, creamos y recibimos información personal sobre su salud. Esta información se llama información médica protegida (PHI) y proviene de usted, sus médicos, hospitales y otros proveedores de servicios de atención médica que participen en su atención. En el caso de los miembros del Plan de beneficios médicos y de bienestar de ChristianaCare (plan de beneficios), la PHI puede provenir de su empleador, de otras aseguradoras, de organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) o de administradores de terceros (TPA), según corresponda. Su PHI puede estar en formato verbal, escrito o electrónico. La ley nos exige:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mantener la privacidad y la seguridad de su PHI.</li><li>• Celebrar un Acuerdo de socio comercial con terceros que participen en su tratamiento, el pago y en nuestras operaciones de atención médica, que exige que el socio comercial proteja la privacidad y la seguridad de la PHI.</li><li>• Informarlo rápidamente si determinamos que se hizo un uso o una revelación inadecuados de su PHI que comprometa la privacidad o la seguridad de su información.</li><li>• Usar y revelar su información como se indica en este aviso, a menos que usted nos indique por escrito que no podemos hacerlo. Si cambia de opinión en cualquier momento, debe informarnos por escrito.</li><li>• Cumplir las obligaciones y las prácticas de privacidad mencionadas en este aviso y darle una copia del aviso a usted.</li></ul>
<b>¿Quién respetará este aviso?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Todas las organizaciones, los centros y los consultorios médicos de ChristianaCare</li><li>• Cualquier médico, profesional de atención médica u otra persona que lo atienda</li><li>• Todas las personas que trabajen para ChristianaCare</li><li>• Todos los voluntarios de ChristianaCare</li><li>• Cualquier socio comercial que necesite información médica para poder prestar servicios para ChristianaCare</li></ul>

**Su información**

<p><b>Podemos almacenar la siguiente información sobre usted:</b></p>	<p>La información que podemos almacenar incluye, entre otras cosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información clínica: diagnósticos/condiciones, resultados de laboratorio, medicamentos, otra información sobre tratamientos</li> <li>• Información demográfica: dirección/código postal, fecha de nacimiento, licencia de conducir, nombre, número del seguro social, otros datos de identificación</li> <li>• Información financiera: información de reclamos, número de cuenta bancaria/tarjeta de crédito, otra información financiera, nombre e información de la licencia de conducir</li> </ul>
-----------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Nuestros usos y revelaciones

<p><b>Podemos usar y revelar su información para estos fines:</b></p>	<p>Podemos usar y revelar su información para las siguientes situaciones, incluyendo, entre otras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que reciba</li> <li>• Coordinar su atención entre varios proveedores de atención médica</li> <li>• Recopilar información de evaluaciones estandarizadas en el momento del ingreso para una evaluación médica en casa</li> <li>• Facturar sus servicios médicos</li> <li>• Administrar nuestras operaciones de atención médica</li> <li>• Hacer investigaciones</li> <li>• Cumplir la ley</li> <li>• Ayudar en cuestiones de salud pública y seguridad</li> <li>• Responder peticiones de donación de órganos y tejidos y trabajar con un examinador médico o un director de funeraria</li> <li>• Hacer frente a la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras peticiones del gobierno</li> <li>• Responder a demandas y acciones legales</li> <li>• Administrar su plan médico, según corresponda para los miembros del plan de beneficios</li> <li>• Prestar servicios y dar programas a los miembros del plan de beneficios</li> </ul>
-----------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Su decisión

<p><b>Usted puede tomar decisiones sobre cómo usamos y compartimos su información para estos fines:</b></p>	<p>Puede decidir cómo usamos y compartimos su información para las siguientes situaciones, incluyendo, entre otras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responder preguntas de su familia y amigos sobre el tratamiento</li> <li>• Dar atención en casos de desastre</li> <li>• Comunicarnos con usted mediante tecnologías móviles y digitales</li> <li>• Comercializar nuestros servicios y productos</li> <li>• Vender su PHI</li> </ul>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Sus derechos

<b>Sus derechos incluyen:</b>	<p>Sus derechos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Recibir una copia de sus expedientes médicos y de reclamos</li><li>• Pedir la corrección de sus expedientes médicos y de reclamos</li><li>• Recibir una lista de las personas con quienes hemos compartido su información</li><li>• Pedirnos que limitemos la información que compartimos</li><li>• Pedir una comunicación confidencial</li><li>• Pedir una copia de este aviso de privacidad</li><li>• Presentar una queja si cree que se violaron sus derechos de privacidad</li><li>• Elegir a alguien que actúe en su nombre</li></ul>
-------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**En las próximas páginas, se explican en detalle sus derechos, nuestros usos y revelaciones y nuestras responsabilidades hacia usted.**

## Nuestros usos y revelaciones en detalle

**En esta sección, se explica cómo podemos usar y compartir información médica sobre usted. Aunque esta lista no incluye todas las posibilidades, todas las maneras en las que podemos usar y compartir información sin su permiso pertenecen a una de las categorías mencionadas en esta sección.**

<p><b>Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que reciba</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos usar su información médica para darle atención médica.</li> <li>• Podemos compartir información médica sobre usted con médicos, residentes, enfermeros, estudiantes u otros empleados de nuestra organización que participen en su atención.</li> <li>• Podemos compartir información médica para trabajar con personas ajenas al sistema de salud para que lo atiendan.</li> </ul>	<p><b>Por ejemplo:</b></p> <p>Un administrador de casos usará la información de su diagnóstico y plan de tratamiento para organizar otros servicios para cuando regrese a casa.</p>
<p><b>Recibir pagos</b></p>	<p>Podemos usar y compartir información médica sobre su atención para pedir el pago a usted, a una compañía de seguros o a otro responsable del pago.</p>	<p><b>Por ejemplo:</b></p> <p>Podemos informar a su plan médico de la atención que usted recibirá, o que recibió, para la facturación.</p>
<p><b>Dirigir ChristianaCare</b></p>	<p>Podemos usar y compartir su información médica para dirigir ChristianaCare, es decir, administración de la atención, coordinación de la atención, administración de casos y planificación de la atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos usar su información para saber cómo lo atendimos y cómo le fue bajo nuestra atención.</li> <li>• Podemos recopilar información médica sobre grupos de pacientes para decidir si hay otros servicios que ChristianaCare debería prestar, qué servicios se necesitan o no, y qué tratamientos nuevos son eficaces.</li> <li>• Las personas que lo atienden, incluyendo médicos, enfermeros y estudiantes, pueden recibir información para su aprendizaje. La información puede combinarse con información médica de otros hospitales para comparar nuestro desempeño y ver si podemos mejorar la atención y los servicios que prestamos.</li> </ul>	<p><b>Por ejemplo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.</li> <li>• Compartimos información médica con empresas que prestan servicios de administración.</li> </ul>

<p><b>Recaudar fondos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podemos comunicarnos con usted para pedirle una donación. Podemos usar cierta información para este fin, incluyendo su información de contacto, edad, sexo, fechas de servicios, departamento de servicios, médico encargado, información de resultados médicos y estado del seguro médico.</li> <li>• Si no quiere que nos comuniquemos con usted para la recaudación de fondos, puede decidir no participar de una de estas maneras: 1) llamando al 1-800-693-2273, 2) enviando un correo electrónico a <a href="mailto:optout@christianacare.org">optout@christianacare.org</a>, o 3) escribiendo a ChristianaCare Office of Development, 13 Reads Way, Suite 203, New Castle, DE 19720.</li> <li>• No le negaremos tratamiento ni lo trataremos de manera favorable por su decisión sobre las donaciones.</li> </ul>	<p><b>Por ejemplo:</b></p> <p>Podemos usar su información demográfica y otros pocos datos para comunicarnos con usted y pedirle donaciones para apoyar programas para ciertas enfermedades.</p>
<p><b>Comercializar nuestros servicios y productos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No usaremos ni compartiremos su PHI para la comercialización sin su autorización.</li> <li>• Las siguientes no son comunicaciones comerciales, y quizás no se necesite una autorización si: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se hacen para describir un producto o servicio relacionado con la salud (o el pago de dicho producto o servicio).</li> <li>○ Se hacen para compartir un reemplazo o mejoras de un plan médico con entidades que participen en una red de proveedores de atención médica o en una red de planes médicos.</li> <li>○ Están relacionadas con productos o servicios médicos únicamente para un afiliado a un plan médico, que agregan valor a un plan de beneficios, pero no son parte de él.</li> <li>○ Se usan para anunciar la llegada de un nuevo grupo de especialidad o un equipo nuevo.</li> <li>○ Se hacen para el tratamiento de la persona.</li> <li>○ Se hacen para la administración de casos o la coordinación de la atención de la persona, o para indicar o recomendar tratamientos, terapias, proveedores de atención médica o entornos de atención alternativos a la persona.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Ejemplo de comunicación comercial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una comunicación de un hospital en la que se informa a los antiguos pacientes sobre un centro de cardiología, que no es parte del hospital, que puede prestar un servicio inicial por un cargo.</li> <li>• Cuando la comunicación no es para dar orientación sobre un tratamiento.</li> </ul> <p><b>Ejemplo de comunicación no comercial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un proveedor comparte el expediente médico de un paciente con varios programas de manejo de la conducta para determinar qué programa se adapta mejor a las necesidades continuas del paciente.</li> <li>• Un trabajador social de un hospital comparte información de un expediente médico con</li> </ul>

		<p>varios centros de atención residencial recomendando el traslado del paciente de una cama de hospital a un centro de atención residencial.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un proveedor envía un correo a los suscriptores que se acercan a la edad elegible para Medicare con material que describe su Medicare.</li> </ul>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Situaciones especiales

Podemos o debemos compartir su información de otras maneras sin su permiso, principalmente de maneras que contribuyan al bien común, como la salud pública y la investigación. Para obtener más información visite: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

<b>Investigación</b>	Podríamos usar o compartir su información para investigaciones médicas sin su permiso si la IRB ha evaluado y aprobado una exención de consentimiento y autorización.
<b>Según lo exija la ley</b>	Cuando la ley federal, estatal o local nos exija hacerlo.
<b>Para ayudar a evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad pública</b>	<p>Para ayudar a evitar una amenaza a la salud y la seguridad de usted, de otra persona o de la población, podemos compartir su información médica para situaciones específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenir enfermedades.</li> <li>• Ayudar con la retirada de productos.</li> <li>• Informar de reacciones adversas a medicamentos.</li> <li>• Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica.</li> <li>• Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.</li> </ul>
<b>Autoridades de salud pública</b>	Podemos dar información para actividades de salud pública, como informar de brotes de enfermedades, nacimientos y muertes, abuso de niños o adultos mayores, reacciones a medicamentos, notificaciones de retirada de productos, o enfermedades infecciosas.
<b>Evaluación médica en casa</b>	El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. exige que todas las agencias de atención médica en casa recopilen información de evaluaciones estandarizadas en el momento del ingreso, cada dos meses mientras dure el servicio y en el momento del alta. El Conjunto de información de evaluación y resultados (OASIS) supervisa y evalúa la atención que dan las agencias de atención médica en casa. Esta información es confidencial según la Ley federal de privacidad y se revela solo a agencias autorizadas.
<b>Responder peticiones de donación de órganos y tejidos</b>	Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos que manejen donaciones de ojos y tejidos, o con un banco de donación de órganos, para que estas organizaciones puedan ayudar con el trasplante.

<b>Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias</b>	<p>Podemos compartir información médica con un médico forense, examinador médico o director de funeraria para identificar a una persona que haya muerto o para averiguar por qué murió. Protegeremos la confidencialidad de su información médica durante 50 años después de su muerte.</p>
<b>Militares y veteranos</b>	<p>Si es miembro de las fuerzas armadas, podemos compartir su información médica según lo exijan las autoridades de comando militar. Podemos dar información al Departamento de Asuntos de los Veteranos para averiguar si usted puede recibir ciertos beneficios.</p>
<b>Compensación de los trabajadores</b>	<p>Podemos compartir información para ayudar a programas que den beneficios por enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.</p>
<b>Actividades de supervisión médica</b>	<p>Podemos dar información a agencias que supervisen el sistema de atención médica o los programas del gobierno y que garanticen que los hospitales cumplan las leyes. Estas actividades incluyen auditorías, investigaciones, inspecciones y concesiones.</p>
<b>Demandas legales y disputas</b>	<p>Si usted participa en una demanda legal o disputa, podemos revelar su información médica si recibimos una orden administrativa o judicial, una citación, una petición de descubrimiento u otro pedido legal válido de alguna persona que participe en el caso.</p>
<b>Aplicación de la ley</b>	<p>Si oficiales de policía nos piden hacerlo o si la ley nos exige hacerlo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En respuesta a una orden judicial, una citación, una orden de allanamiento, una orden de comparecencia u otro proceso similar válido.</li> <li>• Para identificar o encontrar a una persona sospechosa, fugitiva, testigo material o desaparecida.</li> <li>• Para informar de la víctima de un delito si, en ciertos casos, no podemos obtener el consentimiento de la persona.</li> <li>• Para informar de una muerte que pensamos que puede ser consecuencia de una conducta delictiva.</li> <li>• Para informar de una conducta delictiva en nuestras instalaciones.</li> </ul> <p>En casos de emergencia: Para informar de un delito, del lugar o de las víctimas de un delito, o de la identidad, la descripción o el lugar de las personas que cometieron el delito.</p>
<b>Prisioneros</b>	<p>Si usted es prisionero en una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de policía, podemos compartir su información médica con la prisión o con los oficiales de policía cuando sea necesario por su salud y su seguridad o por la salud y la seguridad de otras personas.</p>
<b>Actividades de inteligencia y seguridad nacional</b>	<p>Podemos dar información a oficiales federales autorizados para actividades de seguridad nacional permitidas por ley. Esto incluye la protección del presidente o de jefes de estado extranjeros.</p>

<b>Más restricciones en el uso y la revelación</b>	<p>Ciertas leyes federales y estatales pueden exigir mayor protección de la privacidad. Cuando corresponda, cumpliremos leyes de privacidad federales y estatales más estrictas que se relacionen con el uso y la revelación de información médica sobre VIH/SIDA, cáncer, salud mental, abuso de sustancias o alcohol, pruebas genéticas, enfermedades de transmisión sexual, y planificación familiar y salud reproductiva.</p>
----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Sus derechos en detalle**

**Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. En esta sección, se explican sus derechos y nuestras responsabilidades para ayudarlo.**

<b>Recibir una copia de su expediente médico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mayoría de las veces, usted tiene derecho a ver y recibir una copia de su información médica.</li> <li>• Si usted pide una copia, podemos cobrarle un cargo razonable por los costos de copiado, envío u otros suministros. Usted puede pedirnos que le demos una copia de su expediente médico en un formato electrónico específico. Puede pedirle a nuestro personal una copia de nuestra tabla de cargos y de la política de revelación de documentos.</li> <li>• Le daremos la copia en el formato que pidió siempre que pueda hacerse con facilidad. Si no se puede, coordinaremos con usted para darle la copia en otro formato electrónico legible, generalmente en un plazo de 30 días después de su petición.</li> <li>• En raras ocasiones, es posible que no podamos permitirle ver ni recibir copias de su expediente. Si esto sucede, le diremos el motivo, y usted tendrá derecho a pedir que se evalúe esa decisión.</li> <li>• Para recibir una copia de su información médica, escriba a ChristianaCare Health Information Management Services (HIMS), ATTN: HIMS Department, 501 W. 14<sup>th</sup> Street, Wilmington, DE 19801. Para su expediente de facturación, comuníquese con el departamento de facturación de donde se prestó el servicio. Incluimos la información de contacto del departamento de HIMS en la última página de este aviso.</li> <li>• ChristianaCare conservará los expedientes médicos según lo exigen las normas federales y estatales y de acuerdo con nuestras políticas y procedimientos. Cuando ya no sea necesario conservar los expedientes médicos, se destruirán de forma segura.</li> </ul>
--------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Pedirnos que corriamos su expediente médico (enmienda)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted tiene derecho a pedir una enmienda de información incorrecta o incompleta durante el tiempo que ChristianaCare conserve la información. Para pedir una enmienda, debe escribir al director de Privacidad y explicar el motivo.</li> <li>• Responderemos a su petición por escrito en un plazo de 60 días.</li> <li>• Podemos rechazar su petición si pide que corriamos información que: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No hayamos creado nosotros, a menos que la persona o entidad que haya creado la información ya no pueda hacer la enmienda.</li> <li>○ No sea parte de la información médica conservada por o para ChristianaCare.</li> <li>○ No sea parte de la información que usted puede consultar y copiar.</li> <li>○ Sea precisa y esté completa.</li> </ul> </li> <li>• Usted tiene derecho a presentar una declaración por escrito al director de Privacidad para expresar su desacuerdo con el rechazo de su petición de una enmienda, que después se expedirá con su expediente.</li> </ul>
---------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



<p><b>Recibir una lista de las personas con quienes hemos compartido su información (lista de revelaciones)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted tiene derecho a pedir un “informe de revelaciones”. Es una lista de las revelaciones de su información médica que hicimos por fuera del sistema de salud para las funciones mencionadas arriba, en la sección “Nuestros usos y revelaciones”.</li> <li>• Esto no se aplica a la información compartida para atenderlo, para que ChristianaCare reciba un pago o para dirigir ChristianaCare.</li> <li>• Para pedir esta lista, debe presentar su petición escribiendo al director de Privacidad.</li> <li>• Su petición debe incluir el período de tiempo en el que está interesado y debe ser de los últimos seis (6) años.</li> <li>• La primera petición que haga en un plazo de 12 meses será gratis. Podemos cobrarle por el costo de darle más listas.</li> <li>• Le informaremos del costo y recibiremos su aprobación antes de enviarle la lista por correo.</li> </ul>
<p><b>Recibir una notificación de vulneración</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted tiene derecho a recibir un aviso si hay una vulneración de su información médica protegida. Una vulneración es la adquisición, el acceso, el uso o la revelación sin autorización de la PHI, que compromete la seguridad o la privacidad de la información.</li> <li>• Este aviso puede entregarse por correo o mediante los medios de información, según la legislación vigente.</li> </ul>
<p><b>Restricciones en el uso o la revelación de su información</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene derecho a pedir que limitemos la información médica sobre usted que usamos o compartimos. Quizá no podamos aceptar su petición. Si lo aceptamos, haremos lo que usted pida, a menos que la información sea necesaria para que usted reciba un tratamiento de emergencia.</li> <li>• Puede pedir que la información sobre un artículo o servicio que haya pagado en su totalidad de desembolso directo no se revele para operaciones de atención médica o de pago. Esta información aún se podrá usar para tratamientos o según lo exija la ley.</li> <li>• Para pedir una restricción, envíe su petición por escrito al director de Privacidad.</li> <li>• En su petición, debe decirnos: (1) la información que quiere limitar; (2) si quiere limitar nuestro uso, cómo compartimos su información, o ambos; y (3) a quién quiere que se apliquen las limitaciones, como la información que se comparte con su cónyuge o con una compañía de seguros.</li> </ul>
<p><b>Pedir comunicaciones confidenciales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene derecho a pedirnos que nos comuniquemos con usted a una dirección o un teléfono diferentes para mantener la privacidad de su información médica.</li> <li>• Cuando dé su dirección y teléfono en el momento del registro, debe informarnos de si prefiere que usemos una segunda dirección o un segundo teléfono.</li> </ul>
<p><b>Derecho a pedir una copia impresa de este aviso</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene derecho a pedir una copia de este aviso.</li> <li>• Puede presentar una petición ante el Registro de pacientes o al director de Privacidad.</li> </ul>

<p><b>Derecho a presentar una queja si siente que se violaron sus derechos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene derecho a presentar una queja si siente que violamos sus derechos de una de las siguientes maneras: 1) comunicándose con nosotros llamando al 1-302-623-4468, o 2) comunicándose con el director de Privacidad de ChristianaCare escribiendo a <a href="mailto:privacyoffice@christianacare.org">privacyoffice@christianacare.org</a>. Dé suficiente información para que podamos investigar el asunto.</li> <li>• Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de una de las siguientes maneras: 1) enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; 2) llamando al 1-877-696-6775; o 3) visitando <a href="http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/">www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/</a>.</li> </ul> <p>También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles: Regional Manager of the Office of Civil Rights, Region III, 150 S. Independence Mall W. Suite 372, Public Ledger Building Philadelphia, PA 19106-9111, (215) 861-4441; número de la línea directa: 1-800-368-1019.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>IMPORTANTE: No lo trataremos diferente en ChristianaCare por haber presentado una queja. No recibirá penalizaciones ni se tomarán represalias en su contra por haber presentado una queja.</i></li> </ul>
<p><b>Derecho a elegir a una persona que actúe en su nombre</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si le dio a una persona un poder notarial para cuestiones médicas o si usted tiene un tutor, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.</li> <li>• Confirmaremos la identidad de la persona que tenga la autoridad para actuar en su nombre antes de hacer algo.</li> </ul>

## Intercambio de información médica

ChristianaCare participa en varios intercambios de información médica (HIE) y redes de información médica (HIN). Los HIE y HIN coordinan el intercambio de información entre sus miembros para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. A través de estos intercambios, ChristianaCare puede compartir su información médica con sus otros proveedores, lo que garantiza la entrega oportuna de información médica vital a sus proveedores de atención médica. Es posible que los pacientes decidan no participar en los intercambios electrónicos de información médica.

<p><b>Red de Información Médica de Delaware (DHIN)</b></p>	<p>DHIN es un sistema de intercambio de información médica regional para Delaware, Maryland y D.C.</p>	<p>Usted puede “no participar” y denegar el acceso a su información médica mediante DHIN llamando al 1-302-678-0220 o completando y presentando un formulario de no participación a DHIN por correo, fax o su sitio web, en <a href="https://www.dhin.org/consumer">https://www.dhin.org/consumer</a>.</p>
------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Sistema de Información Regional de Chesapeake para nuestros Pacientes (CRISP)</b>	DHIN es un sistema de intercambio de información médica regional para Maryland y Washington, D.C.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted puede “no participar” y denegar el acceso a su información médica mediante CRISP llamando al 1-877-952-7477 o completando y presentando un formulario de no participación a CRISP por correo, fax o su sitio web, en <a href="https://www.crisphealth.org">https://www.crisphealth.org</a>.</li> <li>• Los proveedores podrán seguir accediendo a los informes de salud pública y a la información sobre sustancias peligrosas controladas, como parte del Programa de control de medicamentos con receta de Maryland (PDMP).</li> </ul>
<b>The Healthshare Exchange of Southeastern Pennsylvania Inc. (HSX)</b>	HSX es un sistema de intercambio de información médica regional para Pensilvania y el resto de Delaware Valley y los estados vecinos.	Usted puede “no participar” y denegar el acceso a su información médica mediante HSX llamando al 1-855-479-7372 o completando y presentando un formulario de no participación a HSX por correo, fax o su sitio web, en <a href="https://www.healthshareexchange.org/consumers">https://www.healthshareexchange.org/consumers</a> .
<b>CommonWell Health Alliance (CommonWell)</b>	CommonWell es una organización nacional de intercambio de información médica fundada por diferentes proveedores de expedientes médicos electrónicos (EMR) como una plataforma para intercambiar información entre sistemas de EMR diferentes.	Usted puede “no participar” y denegar el acceso a su información médica mediante CommonWell llamando al departamento de HIMS al (302) 320-6852.

## **Cambios a este aviso**

Tenemos derecho a cambiar este aviso. Todos los cambios a este aviso se aplicarán a la información que ya tengamos sobre usted y a cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actualizado en el hospital y en nuestro sitio web: [www.christianacare.org](http://www.christianacare.org). La fecha de vigencia del aviso actualizado se publicará en la parte superior del aviso. Si hacemos cambios importantes a este aviso, le daremos el aviso actualizado en su próxima visita.

## **Cómo comunicarse con nosotros**

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o si necesita hacer una petición al director de Privacidad, comuníquese con nosotros en ChristianaCare c/o Privacy Officer, 4000 Nexus Drive, Avenue North, Suite NW3-100, Wilmington, DE 19803, llámenos al 1-302-623-4468 o envíenos un correo electrónico a [privacyoffice@ChristianaCare.org](mailto:privacyoffice@ChristianaCare.org).