

**STANFORD HOSPITAL AND CLINICS /  
LUCILE PACKARD CHILDREN'S HOSPITAL**

**NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

*Fecha de vigencia: 14 de abril del 2003*

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALO CON SUMA ATENCIÓN.**

**NUESTRA PROMESA DE PROTEGER SU PRIVACIDAD**

Stanford Hospital and Clinics (SHC) y Lucile Packard Children's Hospital (LPCH) ("Hospital" para los propósitos de esta Notificación) saben que su información médica es personal, y estamos comprometidos a proteger la privacidad de su información. Como paciente del Hospital, el cuidado y el tratamiento que usted recibe se registran en un expediente médico. Para que nosotros podamos satisfacer mejor sus necesidades médicas, debemos compartir su expediente médico con los prestadores de atención médica implicados en su cuidado. Compartimos su información sólo al grado necesario para recolectar el pago por los servicios que le proveemos, conducir nuestras transacciones, y cumplir con las leyes que gobiernan la atención médica. No usaremos o revelaremos su información para ningún otro propósito sin su permiso.

Se nos requiere por Ley que:

- aseguremos que su información médica se mantenga privada;
- le demos esta Notificación de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad en lo que concierne a su información médica; y
- se sigan los términos de la Notificación vigente en este momento.

Tenemos la responsabilidad de salvaguardar la privacidad e integridad de sus expedientes. Esta Notificación explica nuestras prácticas de privacidad y sus derechos en cuanto a su información médica.

**QUIÉN SEGUIRÁ ESTA NOTIFICACIÓN**

Las siguientes entidades comparten el compromiso del Hospital de proteger su privacidad y cumplirán con esta Notificación:

- Cualquier profesional de atención médica autorizado para registrar información en su expediente médico.
- Todos los departamentos y unidades del Hospital, incluyendo nuestras clínicas de pacientes externos.
- Todos los empleados, voluntarios, aprendices, estudiantes, contratistas y personal médico del Hospital.

## **SUS DERECHOS RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Usted\* tiene los siguientes derechos respecto a su información médica:

**DERECHO A INSPECCIONAR Y OBTENER UNA COPIA DE SU EXPEDIENTE MÉDICO:** Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia del expediente médico que el Hospital utiliza para tomar decisiones sobre usted y su tratamiento, sujeto a ciertas limitadas excepciones. Esta información incluye sus expedientes y facturas médicas, pero no puede incluir cierta información de salud mental. Reservamos el derecho de cobrar los honorarios para cubrir el coste de proporcionarle sus expedientes.

**DERECHO DE SOLICITAR UNA ADENDA O CORRECCIÓN DE SU EXPEDIENTE MÉDICO:**

- **Corrección:** Si usted cree que la información médica que el Hospital tiene en archivo sobre usted está incompleta o incorrecta, usted puede pedirnos corregir la información médica en sus expedientes. Si su información médica es acertada y completa, o si la información no fue creada por el Hospital, podemos negar su petición; sin embargo, si negamos cualquier parte de su petición, le proveeremos una explicación por escrito de nuestros motivos para así hacerlo.
- **Adenda:** Además, un paciente adulto del Hospital que cree que un artículo o afirmación en su expediente médico está incompleta o incorrecta, tiene el derecho de proveer al Hospital con una adenda escrita para su expediente.

**DERECHO A SOLICITAR QUE EL HOSPITAL LE DE CUENTA Y RAZÓN DE LAS REVELACIONES RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA:** Usted tiene el derecho de solicitar "un recuento de revelaciones", que es una lista que describe cómo hemos compartido su información médica con entidades exteriores. Este recuento es una lista de las declaraciones que hicimos de su información médica después del 14 de abril del 2003 para propósitos no vinculados con tratamiento, pago y actividades relacionadas con la atención médica, tales como funciones descritas debajo en la sección de esta Notificación titulada, "Cómo podemos usar y revelar su información médica".

**DERECHO DE SOLICITAR RESTRICCIONES:** Usted tiene el derecho de solicitar restricciones contra ciertos usos o revelaciones de su información médica. Por ejemplo, mientras usted está aquí como un paciente hospitalizado, usted puede solicitar que su nombre no aparezca en el Directorio de Pacientes del Hospital. Las solicitudes de restricciones deben ser por escrito; las instrucciones y formularios apropiados están disponibles en las áreas de registro y en nuestros sitios del Internet (<http://www.lpch.org> ó <http://www.stanfordhospital.com>). No estamos obligados a acceder a su solicitud de limitación. Sin embargo, si accedemos, cumpliremos con su petición a no ser que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de urgencia o para cumplir con la ley. Si no podemos aceptar su petición, le explicaremos por escrito por qué no podemos así hacerlo.

---

\* "Usted" en esta Notificación quiere decir un paciente del Hospital ó, si corresponde, el representante personal del paciente. Un representante personal es cualquier persona autorizada para actuar de parte del paciente en lo que concierne a su atención médica. Por ejemplo, un representante personal puede incluir el padre o el tutor de un menor (a no ser que el menor tenga autoridad para actuar en su propio nombre conforme a la ley de California), el tutor o el protector de un paciente adulto, o la persona autorizada para actuar de parte de un paciente difunto.

**DERECHO DE SOLICITAR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES:** Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de un cierto modo o en una cierta localización. Por ejemplo, usted puede pedirnos que nosotros sólo nos pongamos en contacto con usted en el trabajo, no en su casa. Usted puede solicitar comunicaciones confidenciales durante su proceso de registro en el Hospital. No le preguntaremos la razón de su petición, y haremos los mayores esfuerzos para cumplir toda solicitud razonable.

**DERECHO DE RECIBIR UNA COPIA DE ESTA NOTIFICACIÓN AL SOLICITARLA:** Usted tiene el derecho de tener una copia de esta Notificación, la cual está disponible en las áreas de registro y en nuestros sitios de Internet (<http://www.lpch.org> ó <http://www.stanfordhospital.com>) en la sección Paciente y Visitantes bajo el título de Servicios para Pacientes.

**INFORMACIÓN PARA CONTACTARNOS:** Para obtener información sobre cómo solicitar una copia de su expediente médico, recibir un recuento de las declaraciones, o corregir o añadir una adenda a su información médica:

**Pacientes de SHC**

Teléfono: (650) 723-5721

Red: <http://www.stanfordhospital.com>

y ver en la sección "Pacientes y Visitantes" bajo "Servicios para Pacientes "

**Pacientes de LPCH**

Teléfono: (650) 497-8334

Red: <http://www.lpch.org>

y ver en la sección "Pacientes y Visitantes " bajo "Servicios para Pacientes""

Para obtener información para solicitar una copia de sus facturas médicas llamar al (800) 794-8978.

**CÓMO PODEMOS USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Las siguientes secciones describen las diferentes formas que usamos y revelamos su información médica. Para cada categoría de usos o revelaciones, le proporcionaremos ejemplos. Para respetar su privacidad, intentaremos limitar la cantidad de información que usamos o revelamos al "mínimo necesario" para lograr el propósito del uso o revelación. No colocaremos cada uso o revelación en una categoría en una lista. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y revelar la información caerán dentro de una de las categorías.

**PARA TRATAMIENTO:** Podemos usar su información médica para proveerle tratamiento o servicios médicos. Podemos revelar su información médica a doctores, residentes, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal del Hospital que esté implicado en su cuidado en el Hospital. Por ejemplo, un médico que le trata por una fractura de la pierna tiene que saber si usted tiene diabetes, porque la diabetes puede retrasar el proceso de curación. Además, el médico puede necesitar decirle a la dietista del Hospital que usted tiene diabetes, para que nosotros podamos pedir alimentación apropiada. Los diferentes departamentos del Hospital también pueden compartir su información médica para coordinar los diferentes servicios que usted necesita, tales como farmacia, laboratorio y rayos X.

**PARA PAGO:** Podemos usar y revelar su información médica para facturar y recibir pago por el tratamiento y servicios que usted recibe. Por ejemplo, podríamos tener que darle a su seguro médico

información sobre una cirugía que usted tuvo en el Hospital, para que luego su seguro médico nos pague o le reembolse a usted por la cirugía. También podríamos tener que decirle a su seguro médico sobre un tratamiento que usted va a recibir y así obtener aprobación previa o determinar si su seguro médico cubrirá el tratamiento. Su permiso es necesario para revelar su información médica para propósitos de pago si usted recibe ciertos tipos de servicios, incluyendo aquellos relacionados con el abuso de sustancias, salud mental o pruebas relacionadas con el VIH.

**PARA FUNCIONES DE ATENCIÓN MÉDICA:** Podemos usar y revelar su información médica para las funciones necesarias para el funcionamiento del Hospital y asegurar que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad. También podemos compartir su información médica con proveedores de atención médica afiliados, para que conjuntamente puedan realizar ciertas transacciones con el Hospital. Por ejemplo, podemos usar su información médica para revisar nuestro tratamiento, servicios y evaluar el trabajo de nuestro personal al atenderlo a usted. Podemos combinar la información médica de muchos de nuestros pacientes para decidir qué servicios adicionales debería ofrecer el Hospital, qué servicios no se necesitan, y si ciertos tratamientos nuevos son eficaces. Podemos compartir la información con doctores, residentes, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otro personal para propósitos educativos y de garantía de la calidad. También podemos comparar la información médica que tenemos con la información de otros hospitales para ver dónde podemos hacer mejoras en el cuidado y servicios que ofrecemos.

**ASOCIADOS EMPRESARIALES:** El Hospital tiene contrato con empresas externas que realizan servicios de negocios para nosotros, como compañías de cobro, asesores de administración de empresas, revisores del control de calidad, contadores o abogados. En ciertas circunstancias, podríamos tener que compartir su información médica con un asociado para que pueda realizar un servicio de nuestra parte. El Hospital limitará la revelación de su información a un asociado a la cantidad "mínima necesaria" para que la empresa realice servicios para el Hospital. Además, tendremos un contrato por escrito con el asociado requiriéndole proteger la privacidad de su información médica.

**RECORDATORIOS DE CITAS:** Podemos usar y revelar la información médica para ponernos en contacto con usted para recordarle que usted tiene una cita para tratamiento o atención médica en el Hospital.

**ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO:** Podemos usar y revelar la información médica para decirle o recomendarle posibles opciones de tratamiento o alternativas que pueden serle de interés.

**SERVICIOS Y BENEFICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD:** Podemos usar y revelar la información médica para comunicarle beneficios relacionados a la salud o servicios que pueden serle de interés.

**DIRECTORIO DE PACIENTES DEL HOSPITAL:** Mientras usted recibe atención médica como un paciente hospitalizado, podemos incluir su nombre y su ubicación en el Hospital (pero no su información médica específica) en el Directorio de Pacientes del Hospital. Tenemos esta información disponible para que los individuos puedan ponerse en contacto o visitarle en el Hospital. A no ser que usted solicite expresamente que su información se excluya del Directorio de Pacientes, podemos revelar esta información del directorio a las personas que pregunten por su nombre. Esto no se aplica a los pacientes que reciben tratamiento para ciertas afecciones, tales como problemas de salud mental o drogadicción/alcoholismo.

**AFILIACIÓN RELIGIOSA:** También podemos proporcionar información sobre su afiliación religiosa a los miembros del clero empleados en nuestra Oficina de Servicios de Cuidado Espiritual, a no ser que usted solicite expresamente no hacerlo.

**INDIVIDUOS INVOLUCRADOS EN SU CUIDADO:** Podemos revelar su información médica a un miembro de su familia o amigo involucrado en su cuidado. También podemos dar información a alguien que ayude a pagar por su cuidado. A no ser que haya una petición suya específica por escrito diciendo lo contrario, también podemos notificar a un miembro de su familia, representante personal u otra persona responsable de su cuidado, sobre su ubicación y condición general. Debemos seguir reglas adicionales para revelar la información médica sobre los pacientes que reciben tratamiento para ciertas afecciones, como problemas de salud mental o drogadicción/alcoholismo. Además, podemos revelar su información médica a una organización que proporciona ayuda en casos de desastre (como la Cruz Roja), para que su familia pueda ser notificada sobre su condición, estado y localización.

**ACTIVIDADES PARA RECAUDAR FONDOS:** Podemos proporcionar su información de contacto básica y las fechas que usted recibió servicios en el Hospital (no se proporciona ninguna información médica) a Lucile Packard Foundation for Children's Health o Stanford University Office of Medical Development para los propósitos de llevar a cabo recaudación de fondos en nombre de los Hospitales. Estas organizaciones pueden ponerse en contacto con usted en un esfuerzo para recaudar dinero para el Hospital y sus operaciones. Si usted recibe una solicitud de donación de una u otra organización, se incluirá información que indica cómo usted puede optar por no recibir comunicaciones sobre recaudación de fondos en el futuro.

**INVESTIGACIÓN:** Al ser un centro médico académico, el Hospital tiene un programa activo de investigación que conduce estudios que pueden involucrar su cuidado actual o revisiones de su historia médica. Por ejemplo, un estudio puede involucrar un procedimiento de investigación para tratar una afección o comparar la salud y la recuperación de pacientes que han recibido una medicina con los que han recibido otra medicina para la misma afección. Generalmente pedimos su autorización por escrito antes de utilizar su información médica o compartirla con otros para conducir la investigación. En circunstancias limitadas podemos usar y revelar su información médica sin su autorización. En la mayoría de estas situaciones, debemos obtener aprobación por un proceso de revisión independiente para asegurar que la investigación conducida sin su autorización plantee riesgo mínimo para su privacidad.

**PARA PREVENIR UNA AMENAZA SERIA PARA SU SALUD O SEGURIDAD:** Podemos usar y revelar cierta información sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria para su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros. Sin embargo, cualquier revelación sólo se hará a alguien capaz de ayudar a prevenir dicha amenaza, como a las agencias para el cumplimiento de la ley, o a una víctima potencial. Por ejemplo, podríamos tener que revelar información a la policía cuando un paciente manifiesta que él/ella ha participado en un crimen violento.

#### **SITUACIONES ADICIONALES EN DONDE PODEMOS REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA SIN SU AUTORIZACIÓN**

**COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR:** Podemos revelar su información médica para compensación a los trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios para lesiones o enfermedad relacionadas con el trabajo.

**ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA:** Podemos revelar su información médica para actividades de salud pública. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:

- para impedir o controlar enfermedad, lesión o incapacidad;
- para declarar nacimientos y muertes;
- para informar sobre maltrato o negligencia de niños, mayores y adultos dependientes;
- para informar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- para notificarle de la retirada de productos que usted puede estar usando;
- para notificar a una persona que podría haber sido expuesta a una enfermedad o que puede estar en peligro de contraer o diseminar una enfermedad o afección;
- para notificar a las autoridades de gobierno apropiadas si creemos que ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica; sólo haremos esta revelación cuando lo requiera o autorice la ley;
- para declarar todas las admisiones de pacientes hospitalizados, visitas al departamento de urgencias y "cirugías del mismo día" a la *California's Office of Statewide Health Planning and Development*; y
- para notificar a los registros estatales apropiados, como el *Northern California Cancer Center* o *California Emergency Medical Services Authority*, cuando usted busca tratamiento en el Hospital para ciertas enfermedades o afecciones.

**ACTIVIDADES PARA SUPERVISIÓN DE LA SALUD:** Podemos revelar la información médica a una agencia de supervisión de la salud, como *California Department of Health Services* o el Centro para los servicios de Medicare y Medicaid, para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen auditorias, investigaciones, inspecciones, y licencia. Estas actividades son necesarias para que el gobierno pueda supervisar el sistema de atención médica, programas gubernamentales, y el cumplimiento con las leyes de derecho civil.

**DEMANDAS Y DISPUTAS:** Si usted está involucrado en una demanda o disputa, podemos revelar su información médica en respuesta a una orden tribunal o administrativa. También podemos revelar su información médica en respuesta a una citación, petición de revelación ejecutoria por ley, u otro proceso legal por alguien más involucrado en la disputa.

**AGENCIAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY:** Podemos revelar la información médica si funcionarios de las agencias para el cumplimiento de la ley lo solicitan en las siguientes limitadas circunstancias:

- en respuesta a una orden judicial, citación, decreto, convocatoria o procesos similares;
- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o desaparecido;
- sobre la víctima de un crimen si, en ciertas circunstancias limitadas, la víctima es incapaz de dar su consentimiento;
- sobre una muerte que creemos puede ser el resultado de una conducta criminal;
- sobre conducta criminal en el Hospital; y
- en circunstancias de urgencia para denunciar un crimen; la ubicación del crimen o víctimas; o la identidad, la descripción o localización de la persona que cometió el crimen.

**JUEZ DE INSTRUCCIÓN, MÉDICO FORENSE O DIRECTOR DE UNA FUNERARIA:** Podemos revelar la información médica a un juez de instrucción o médico forense. Esto puede ser necesario para identificar a una persona difunta o determinar la causa de muerte. También podemos revelar la información médica sobre los pacientes del Hospital a directores de funerarias cuando sea necesario para realizar sus deberes en lo que concierne al difunto.

**DONACIÓN DE TEJIDOS Y ÓRGANOS:** Podemos revelar la información médica a organizaciones que manejan trasplantes o adquisición de órganos, ojos, o tejidos, cuando sea necesario para facilitar la donación de tejidos u órganos. La organización de la adquisición de órganos o trasplante necesitan de su autorización para cualquier donación.

**PERSONAL MILITAR Y VETERANOS:** Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos revelar su información médica cuando se requiera por autoridades del comando militar. También podemos revelar información médica sobre el personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera apropiada.

**ACTIVIDADES DE SEGURIDAD NACIONAL E INTELIGENCIA:** Al recibir una petición, podemos revelar su información médica a funcionarios federales autorizados para inteligencia, contraespionaje, y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley. Sólo proporcionaremos esta información después de que el Funcionario de Privacidad haya verificado la validez de la petición y haya revisado y aprobado nuestra respuesta.

**PRESIDIARIOS:** Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario policial, podemos revelar su información médica al correccional o al funcionario policial. Esta declaración puede ser necesaria para que la institución le provea atención médica; proteja su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o para la seguridad y garantía de la institución correccional.

**OTROS USOS O REVELACIONES REQUERIDOS POR LA LEY:** También revelaremos su información médica cuando sea requerido por ley federal, estatal o local que no se mencionen específicamente en esta Notificación.

### **CAMBIOS A ESTA NOTIFICACIÓN**

Reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y actualizar esta Notificación en forma correspondiente. Reservamos el derecho de hacer revisiones o cambios de la vigencia de la Notificación en cuanto a información médica que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Anunciamos copias de la Notificación actual en el Hospital y en nuestros sitios de Internet (<http://www.lpch.org> ó <http://www.stanfordhospital.com>) en la sección de "Pacientes y Visitantes" bajo "Servicios para Pacientes. Si se cambia la Notificación, anunciaremos la Notificación nuevamente en nuestras áreas de registro y se lo proporcionaremos ante su petición. La Notificación contiene la fecha de vigencia en el margen superior derecho de la primera página.

## COMENTARIOS O QUEJAS

Estamos a su disposición para recibir sus comentarios sobre nuestra Notificación y prácticas de privacidad. Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja con el Hospital o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201). Para presentar un comentario o hacer una queja con el Hospital, por favor póngase en contacto con:

### Pacientes de SHC

Community and Patient Relations  
300 Pasteur Drive, H1401  
Stanford, CA 94305  
Teléfono: (650) 723-7167  
Fax: (650) 725-8907

### Pacientes de LPCH

Patient Relations  
725 Welch Road  
Palo Alto, CA 94304  
Teléfono: (650) 498-4847  
Fax: (650) 723-8456

**Por favor, tenga la certeza que nadie tomará represalias o medidas contra usted por presentar una queja.**

## OTROS USOS DE SU INFORMACIÓN MÉDICA

Otros usos y revelaciones de información médica no cubiertos en esta Notificación o en las leyes aplicables se harán sólo con su autorización por escrito. Si usted nos proporciona autorización para usar o revelar su información médica, usted puede revocar dicha autorización por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, no usaremos o revelaremos más su información médica para las actividades cubiertas por la autorización, excepto si ya hemos actuado en acatamiento de su permiso. No podemos regresar ninguna revelación que ya hayamos hecho con su autorización y que requiera que nosotros conservemos nuestros expedientes suyos respecto al cuidado médico que le administramos.

**SI USTED TIENE CUALQUIER PREGUNTA SOBRE ESTA NOTIFICACIÓN, POR FAVOR PÓNGASE EN CONTACTO CON EL FUNCIONARIO DE PRIVACIDAD DEL HOSPITAL AL (650) 72HIPAA (724-4722).**