

## **Joint Notice of Privacy Practices**

**THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.**

**PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.**

This HIPAA Notice of Privacy Practices (“**Notice**”) contains important information regarding your medical information. Our current version of this Notice is available online at [www.umcelpaso.org](http://www.umcelpaso.org) and [www.elpasochildrens.org](http://www.elpasochildrens.org). You also have the right to request a paper copy of this Notice at any time, even if you originally received it electronically. To obtain a copy or if you have question, please contact the Compliance Privacy Officer in Section 9 below.

The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (“**HIPAA**”) imposes numerous requirements for hospitals and health care providers regarding the use and disclosure individually identifiable health information. This Notice explains how University Medical Center (“**UMC**”) and El Paso Children’s Hospital (“**EPCH**”), separately licensed hospitals that are part of the hospital district, may use and disclose your or your child’s Protected Health Information for purposes of treatment, payment, or health care operations, and other uses permitted or required by law. This Notice also outlines your rights to access and control your and your child’s Protected Health Information.

UMC and EPCH are committed to respecting your privacy and Protected Health Information (PHI). PHI is any information in the medical record that can be used to identify an individual and that was created, used, or disclosed in the course of providing a health care service such as diagnosis or treatment. We are legally required to safeguard your PHI in accordance with the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) as well as applicable federal and state laws, including when they are stricter or provide greater protections for your PHI.

This Notice describes our legal duties and privacy practices regarding your PHI, including our duty to notify you following a data breach of your unsecured PHI, our permitted uses and disclosures of your PHI, and your rights regarding your PHI. As part of our commitment to privacy and legal compliance, we are providing you with the following Notice of Privacy Practices (Notice):

1. UMC and members of its workforce including professional staff, employees, students and volunteers follow the privacy practices described in this Notice. UMC maintains your medical information in records that will be kept in a confidential manner, as required by law. Note: The words “You,” “Your” or “Patient” means “the patient or his/her parent/legal guardian.”

2. EPCH and members of its workforce including professional staff, employees, students and volunteers follow the privacy practices described in this Notice. EPCH maintains your/your child's medical information in records that will be kept in a confidential manner, as required by law. Note: The words "You," "Your" or "Patient" means "the patient or his/her parent/legal guardian."
3. UMC and EPCH must use and disclose your medical information to the extent necessary to provide you with quality health care. To do this, UMC and EPCH must share your medical information with each other and with other entities as necessary for treatment, payment, and health care operations. Your medical information may be shared in either printed, electronic format, or both.
4. Your information may be shared among health care providers involved in your care for treatment purposes. For example, your physician may share information about your condition with the pharmacist to discuss appropriate medications or with radiologists or other consultants in order to make a diagnosis. UMC and/or EPCH may use your medical information as required by your insurer or HMO to obtain payment for your treatment and hospital stay. UMC and/or EPCH may use and disclose your medical information to improve the quality of care, *e.g.*, for review and training purposes as part of health care operations. You may request to restrict disclosure of your protected health information ("PHI") to a health plan for payment or health care operations if the PHI pertains to health care items or services, which were paid in full out of pocket by the patient or his/her representatives.
5. Unless you request restrictions on specific uses or disclosures, your protected health information may be used for the following purposes:
  - Hospital Directory, which may include your name, general condition, and your location in the Hospital;
  - Religious affiliation to a hospital chaplain or member of the clergy;
  - Family members or close friends involved in your care or payment for your treatment;
  - Disaster relief agency if you are involved in a disaster relief effort;
  - Appointment reminders;
  - To inform you of treatment alternatives or benefits or services related to your health (You will have an opportunity to refuse to receive this information);
  - As required by law;
  - Disclosure to health plan sponsor/HMO;
  - Public health activities, including disease prevention, injury or disability, reporting births and deaths, reporting child abuse or neglect, reporting reactions to medications or product problems, notification of recalls, infectious disease control, and notifying government authorities of suspected abuse, neglect or domestic violence (if you agree or as required by law);
  - Health oversight activities, *e.g.*, audits, inspections, investigations, and licensure;
  - Lawsuits and disputes (We will attempt to provide you advance notice of a subpoena before disclosing the information);

- Law enforcement (*e.g.*, in response to a court order or other legal process, to identify or locate an individual being sought by authorities, about the victim of a crime under restricted circumstances, about a death that may be the result of criminal conduct, about criminal conduct that occurred on the Hospital's premises, and in emergency circumstances relating to reporting information about a crime);
- Coroners, medical examiners, and funeral directors;
- Organ and tissue donation;
- Certain research projects;
- To prevent a serious threat to health or safety;
- To military command authorities if you are a member of the armed forces or a member of a foreign military authority;
- National security and intelligence activities;
- Protection of the President or other authorized persons for foreign heads of state, or to conduct special investigations;
- Inmates (Medical information about inmates of correctional institutions may be released to the correctional institution);
- Workers' Compensation (Your medical information regarding benefits for work-related illnesses may be released as appropriate);
- To carry out health care treatment, payment, and operations functions through business associates, *e.g.*, to install a new computer system;
- Customer satisfaction surveys;
- Fundraising Activities (We may disclose medical information to the University Medical Center Foundation or El Paso Children's Hospital Foundation so that the foundation may contact you in raising money for UMC or EPCH and provide you information on activities and programs at UMC or EPCH and solicit your support to further the mission of UMC or EPCH. We will only release contact information such as the patient's and or parent/legal guardian's name, address, phone number, age, gender, insurance status, and dates of treatment at the hospital. You may opt out of receiving any fundraising communications by contacting:  
The University Medical Center Foundation at:  
(915) 521-7229 or [www.umcfoundationelpaso.org](http://www.umcfoundationelpaso.org); or  
The El Paso Children's Hospital Foundation:  
(915) 521-7229 or [www.elpasochildrensfoundation.org](http://www.elpasochildrensfoundation.org));
- Your PHI may be used and disclosed to other health care providers and entities for purposes of treatment, payment, health care operations and public health activities, as permitted by law, through participation in the health information exchanges (HIEs). UMC and EPCH participates in both the Paso Del Norte Health Information Exchange ("**PHIX**") and CommonWell Health Alliance, a nationwide HIE. For example, information about your past medical care, current medical conditions, and medications may be accessible to other hospitals, clinics, or primary care providers who participate in PHIX or CommonWell. Sharing health information electronically through these exchanges can improve care coordination, reduce duplication of services, and support timely, informed treatment decisions by your care team and public health officials. You have the right to opt out of PHIX

and/or CommonWell, which will prevent participating providers from accessing your medical information through these exchanges. To opt out, you must complete and sign the UMC or EPCH “*Health Information Exchange Opt-Out Form*” and submit it to the designated contact listed on the form.

- Your substance use disorder (SUD) records and related PHI may be used and disclosed only under strict federal protections and for the following purposes: (1) with your written consent that specifically authorizes the disclosure; (2) to respond to a valid court order issued in accordance with 42 CFR Part 2; (3) for internal audits, program evaluations, or oversight activities conducted by authorized regulatory agencies; or (4) to medical personnel in a legitimate medical emergency where your prior consent cannot be obtained. Disclosures for treatment, payment, or health care operations require your written authorization and are subject to limitations on re-disclosure.

6. **Your Authorization Is Required for Other Disclosures.** Except as described above, we will not use or disclose your medical information unless you authorize (permit) UMC or EPCH in writing to disclose your information. You may revoke your permission, which will be effective only after the date of your written revocation.

7. **You Have Rights Regarding Your Medical Information.** You have the following rights regarding your medical information, provided that you make a written request to invoke the right on the form provided by UMC or EPCH:

- **Right to request restriction.** You may request limitations on your medical information we use or disclose for health care treatment, payment, or operations (*e.g.*, you may ask us not to disclose that you have had a particular surgery), but we are not required to agree to your request. If we agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide you with emergency treatment. You also have the right to request a limit on the medical information we disclose about you to someone who is involved in your care or the payment for your care, like a family member or friend. For example, you could ask that we not use or disclose information about a surgery that you had. To request restrictions, you must make your request in writing and must tell us the following information: (1) what information you want to limit; (2) whether you want to limit our use, disclosure, or both; and (3) to whom you want the limits to apply (for example, disclosures to your spouse).
- **Right to confidential communications.** You may request communications in a certain way or at a certain location, but you must specify how or where you wish to be contacted.
- **Right to inspect and copy.** You have the right to inspect and receive a paper/hard copy of your medical information regarding decisions about your care; however, psychotherapy notes may not be inspected and copied. You may request that the hospital transmit your medical information directly to an entity or person you designate, if such direction is clear, concise, and specific. We may charge a fee to cover the cost of copying and mailing your record(s). Under limited circumstances, your request may

be denied; you may request review of the denial by another licensed health care professional chosen by UMC or EPCH. The hospital will comply with the outcome of the review.

- **Right to request amendment.** If you believe that the medical information we have about you is incorrect or incomplete, you may request an amendment on the form provided by the Hospital, which requires certain specific information. The Hospital has 60 days to respond to a request for amendment under HIPAA. This timeframe can be extended by up to 30 days if the Hospital provides written notice to the individual within the initial 60-day period, explaining the reason for the delay and the new date for a response. The response must either accept the amendment or deny it, in whole or in part, with a written explanation for any denial. If we deny your request, we will provide you the reason in writing. You will have the right to submit a written statement disagreeing with the denial and, if you opt not to submit this statement, you may request that we provide your original request for amendment and the denial with any future disclosures of PHI subject to the amendment. However, we may prepare a written rebuttal to any individual's statement of disagreement.
- **Right to accounting of disclosures.** You may request a list of the disclosures of your medical information that have been made to persons or entities other than for health care treatment, payment, or operations in the past six (6) years and may not include dates before April 14, 2003. Your request should indicate how you wish to receive the information requested such as by paper or electronically. The first list you request within a 12-month period will be free. After the first request, there may be a charge. We will notify you of the cost involved and you may choose to withdraw or modify your request at that time before any costs are incurred.
- **Right to choose someone to act for you.** If you have given someone medical power of attorney or if someone is your legal guardian, that person can exercise your rights and make choices about your protected health information. We will confirm the person has this authority and can act on your behalf before we take any action.
- **Right to Request Confidential Communications.** You have the right to request that we communicate with you about medical matters in a certain way or at a certain location. For example, you can ask that we only contact you at work or at a specific address. We will not ask you for the reason for your request. We will accommodate all reasonable requests. Your request must specify how or where you wish to be contacted.

**To make any of the requests described above, please contact the individual(s) listed in Section 9:**

8. **Requirements Regarding This Notice.** UMC and EPCH are required by law to provide you with this Notice and to notify you if there is a breach of unsecured protected health information. We will be governed by this Notice for as long as it is in effect. Each time you register at UMC or EPCH for health care services as an inpatient or outpatient, you may receive a copy of the Notice in effect at the time. UMC and EPCH may update the terms of this Notice at any time. Any updates will apply to all protected health information we maintain about you. The new notice will be available upon request, posted at UMC and EPCH, and on our website. [We will send you a copy of the revised notice.]

**Complaints.** If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with UMC or EPCH (contact information listed below on the last page), the Texas Attorney General, or the Secretary of the United States Department of Health and Human Services.

**Texas Attorney General** at the following address:

Office of the Attorney General

Consumer Protection Division

PO Box 12548

Austin, Texas 78711-2548

<https://www.oag.state.tx.us/consumer/complain.shtml>

<https://www.texasattorneygeneral.gov/consumer-protection/file-consumer-complaint/consumer-privacy-rights>

**Secretary of the United States Department of Health and Human Services:**

<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html>

*You will not be penalized or retaliated against in any way for making a complaint.*

9. **Contact UMC and/or EPCH for the following:**

- If you have a complaint;
- If you have any questions about this Notice;
- If you wish to request restrictions on uses and disclosures for health care treatment, payment, or operations;
- If you wish to elect not to receive fundraising activities; or
- If you wish to obtain a form to exercise your individual rights described in section 5.

**University Medical Center of El Paso (UMC) Patients** please contact the Privacy Officer:

4815 Alameda Avenue

El Paso, Texas 79905

(915) 521-7490

**El Paso Children's Hospital (EPCH) Patients** please contact the Privacy Officer:

4845 Alameda Avenue

El Paso, Texas 79905

(915) 242-8529

## **Aviso Conjunto de Prácticas de Privacidad**

### **ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ESTA INFORMACIÓN.**

#### **FAVOR DE LEERLO DETENIDAMENTE.**

Este Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA (“**Aviso**”) contiene información importante sobre su información médica. Nuestra versión actualizada de este Aviso se encuentra publicada en línea en [www.umcelpaso.org](http://www.umcelpaso.org) y [www.elpasochildrens.org](http://www.elpasochildrens.org). De igual manera, usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso en cualquier momento, inclusive si usted lo recibió inicialmente por vía electrónica. Para obtener una copia o si usted tiene alguna pregunta, favor de ponerse en contacto con el Oficial de Cumplimiento y Privacidad, cuya información se encuentra en la sección 9 de este documento.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (“**HIPAA**”, por sus siglas en inglés) impone numerosos requisitos a los hospitales y a los miembros del equipo médico sobre el uso y divulgación de información médica que identifica de manera individual a un paciente. Este Aviso describe como el Centro Médico Universitario (“**UMC**”, por sus siglas en inglés) y el Hospital Infantil de El Paso (“**EPCH**”, por sus siglas en inglés), hospitales que pertenecen al distrito hospitalario, pero operan bajo licencias operativas independientes, pudiera utilizar y divulgar su Información Médica Confidencial o la de su hijo(a) para propósitos de tratamiento, pago o cuestiones operativas del hospital y para otros fines permitidos o requeridos por ley. Así mismo, este Aviso describe de manera resumida sus derechos a acceder y controlar su Información Médica Confidencial, así como también la de su hijo(a).

UMC y EPCH se comprometen a respetar su privacidad y su Información Médica Confidencial (PHI, por sus siglas en inglés). La PHI es cualquier información contenida en el historial médico que pudiera utilizarse para identificar a una persona y que haya sido creada, utilizada o divulgada en el transcurso de prestación de un servicio de atención médica, como un diagnóstico o un tratamiento. Estamos legalmente obligados a proteger su PHI conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), así como con las leyes federales y estatales correspondientes, incluso cuando éstas sean más estrictas o proporcionen una mayor protección a su PHI.

Este Aviso describe nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI, incluida nuestra obligación de notificarle tras una filtración de datos de su PHI expuesta, los usos y divulgaciones permitidos de su PHI y sus derechos con respecto a su PHI. Como parte de nuestro compromiso con la privacidad y el cumplimiento legal, le brindamos el siguiente Aviso de Prácticas de Privacidad (Aviso):

1. UMC y los miembros de su fuerza laboral incluyendo el personal profesional, sus empleados, estudiantes y sus voluntarios acatan las prácticas de privacidad descritas en este Aviso. UMC almacena su información médica en archivos que serán guardados de manera confidencial tal y como lo exige la ley. Nota: Las palabras “Usted”, “Su”, o “Paciente” significan “el paciente o sus padres/tutor legal”.
2. EPCH y los miembros de su fuerza laboral incluyendo el personal profesional, sus empleados, estudiantes y sus voluntarios acatan las prácticas de privacidad descritas en este Aviso. EPCH almacena su información médica y la de su hijo(a) en archivos que serán guardados de manera confidencial tal y como lo exige la ley. Nota: Las palabras “Usted”, “Su”, o “Paciente” significan “el paciente o sus padres/tutor legal”.
3. UMC y EPCH deben utilizar y divulgar su información médica en la medida que resulte necesario para brindarle atención médica de calidad. Para llevar a cabo esto, UMC y EPCH tienen que compartir su información médica mutuamente y con otras entidades según sean necesarias para el tratamiento, pago y cuestiones operativas del hospital. Su información médica puede ser compartida en formato impreso, electrónico o ambos.
4. Su información pudiera ser compartida entre el equipo médico que lo está atendiendo con el propósito de brindarle tratamiento. Por ejemplo, su médico podría compartir información de su condición médica con el farmacéutico para comentar sobre los medicamentos apropiados o con el radiólogo u otros especialistas, para así llegar a un diagnóstico. UMC y/o EPCH podrían utilizar su información médica tal como lo requiere su seguro médico o su Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) para obtener el pago de su tratamiento y hospitalización. UMC y/o EPCH podrían utilizar y divulgar su información médica para mejorar la calidad de la atención médica, por ejemplo, para propósitos de revisión y capacitación, los cuales forman parte del funcionamiento operativo en el cuidado de la salud. Usted puede solicitar que se restrinja la divulgación de su información médica confidencial (“**PHI**”, por sus siglas en inglés) a un plan de salud para propósitos de pago o cuestiones operativas del hospital si la PHI se refiere a asuntos o servicios de atención médica, los cuales ya fueron pagados en su totalidad por parte del paciente o sus representantes.
5. A menos que usted solicite que se restrinja algún uso o divulgación en específico, su información médica confidencial pudiera ser utilizada para los siguientes propósitos:
  - Directorio del Hospital, el cual puede incluir su nombre, su condición médica en general y dónde se encuentra dentro del Hospital;
  - Afiliación religiosa al ministro del hospital o a un miembro del clero;
  - Familiares o amigos cercanos que participan en su cuidado médico o en el pago de su tratamiento;
  - Agencia de auxilio de desastres si usted es parte de una campaña de auxilio de desastres;
  - Recordatorios de citas;

- Para informarle a usted de alternativas o beneficios o servicios de tratamiento relacionados con su salud. (Se le dará oportunidad de rechazar recibir esta información);
- Como lo exige la ley;
- Divulgación al patrocinador del plan de salud/HMO;
- Actividades de salud pública, incluidas prevención de enfermedades, lesiones o discapacidades, reportar nacimientos y defunciones, reportar abuso o negligencia hacia niños, reportar reacciones a medicamentos o problemas de productos, aviso de retiro de productos del mercado; control de enfermedades infecciosas, y avisar a las autoridades gubernamentales de abuso, negligencia o violencia doméstica sospechosa (si usted está de acuerdo o según lo exija la ley);
- Actividades de supervisión en el sector salud, por ejemplo, auditorías, inspecciones, investigaciones y acreditaciones;
- Juicios y litigio (Nosotros haremos el intento de brindarle un aviso con tiempo de anticipación de un citatorio antes de divulgar la información);
- Cumplimiento de la ley (por ejemplo, como respuesta a una resolución judicial o a otro proceso legal, para identificar o localizar a un individuo buscado por las autoridades, acerca de la víctima de un delito bajo circunstancias restringidas, acerca de una muerte que puede ser resultado de una conducta criminal, acerca de conducta criminal que ocurrió en las instalaciones del Hospital, y en circunstancias de emergencia relacionadas con reportar la información acerca de un delito);
- Médicos forenses o investigadores y personal administrativo de funerarias;
- Donación de órganos y tejidos;
- Ciertos proyectos de investigación;
- Para prevenir amenazas graves contra la salud y seguridad;
- A autoridades de mando militar si usted es miembro de las fuerzas armadas o miembro de una autoridad militar extranjera;
- Actividades de inteligencia y seguridad nacional;
- Protección del Presidente u otras personas autorizadas para jefes de estado extranjeros o para realizar investigaciones especiales;
- Presos (la información médica de los presos de una institución correccional pudiera ser divulgada a la misma institución correccional);
- Compensación de Trabajadores (Su información médica sobre las prestaciones derivadas a las enfermedades relacionadas a su trabajo pudieran ser divulgadas según sea apropiado);
- Para realizar tratamientos de salud, pagos o cuestiones operativas del hospital a través de socios de negocios, por ejemplo, para instalar un sistema de cómputo nuevo;
- Encuestas sobre la satisfacción del cliente;
- Actividades para recabar fondos (Nosotros podemos divulgar información médica a la Fundación del Centro Médico Universitario para que la fundación pueda comunicarse con usted con el fin de recabar fondos para UMC o EPCH y brindarle información sobre las actividades y programas de UMC o EPCH y solicitar su apoyo para promover la misión de UMC o EPCH. Solamente divulgaremos su información de contacto, la cual incluye el nombre del paciente y/o de los padres/tutor legal,

domicilio, número de teléfono, edad, sexo, estado de seguro médico y fechas de tratamiento en el hospital. Usted puede elegir no recibir ninguna información sobre la recaudación de fondos poniéndose en contacto con la Fundación del Centro Médico Universitario al (915) 521-7229 o [www.umcfoundationelpaso.org](http://www.umcfoundationelpaso.org), o con la Fundación del Hospital Infantil de El Paso al (915) 521-7229 o [www.elpasochildrensfoundation.org](http://www.elpasochildrensfoundation.org));

- Su PHI podría ser utilizada y divulgada a otros miembros del equipo médico u otras entidades para propósitos de tratamiento, pagos, cuestiones operativas del hospital y actividades de salud pública, según lo permita la ley, a través de la participación en el Intercambio de Información de Salud (HIE, por sus siglas en inglés). UMC y EPCH participa en el Intercambio de Información de Salud del Paso Del Norte (“PHIX”, por sus siglas en inglés) y en la Alianza de Salud CommonWell, una compañía a nivel nacional de HIE. Por ejemplo, la información sobre su atención médica en el pasado, condiciones médicas actuales y medicamentos podrían estar a disposición de otros hospitales, clínicas o médicos de atención primaria si ellos también participan en el Programa PHIX o CommonWell. Compartir información médica de forma electrónica a través de estos intercambios puede mejorar la coordinación de la atención, reducir la duplicación de servicios y facilitar la toma de decisiones oportunas y fundamentadas por parte de su equipo médico y de los funcionarios de salud pública. Usted tiene derecho a excluirse de PHIX y/o CommonWell, lo que impedirá que los proveedores médicos participantes accedan a su información médica a través de estos intercambios. Para excluirse de este intercambio de información médica, usted debe completar y firmar el «*Formulario de No Participación en el Intercambio de Información Médica*» de UMC o EPCH y enviarlo a la persona designada que aparece en el formulario.
  - Su información sobre su trastorno de consumo de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés) y la PHI relacionada a esta condición solo puede ser utilizada y divulgada bajo estrictas protecciones federales y para los siguientes fines: (1) con su consentimiento por escrito que autorice específicamente la divulgación; (2) para responder a una orden judicial válida emitida conforme al 42 CFR Parte 2; (3) para auditorías internas, evaluaciones de programas o actividades de supervisión realizadas por agencias regulatorias autorizadas; o (4) al personal médico en una emergencia médica legítima en la que no se pueda obtener su consentimiento previamente. Las divulgaciones para tratamiento, pago o cuestiones operativas del hospital requieren su autorización por escrito y están sujetas a restricciones cuando la información se vuelva a divulgar.
6. **Su autorización es requerida para otras divulgaciones.** Con excepción a lo descrito anteriormente, no utilizaremos ni divulgaremos su información médica a menos que usted autorice (permita) a UMC o EPCH por escrito divulgar su información. Usted puede revocar su permiso, el cual entrará en vigor sólo después de la fecha de su revocación por escrito.

7. **Usted tiene derechos con respecto a su información médica.** Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica, siempre y cuando usted solicite por escrito invocar el derecho en el formulario provisto por UMC o EPCH:

- **Derecho a solicitar restricciones.** Usted pudiera solicitar restricciones en su información médica que utilicemos o divulguemos para propósitos de tratamiento, pago o cuestiones operativas del hospital (por ejemplo, usted nos pudiera solicitar no divulgar que usted tuvo cierta cirugía), pero nosotros no estamos obligados a aceptar su solicitud. Si nosotros llegáramos a aceptar su solicitud de restricción, acataríamos su solicitud a menos que la información se necesite para brindarle tratamiento de urgencia. Así mismo, usted tiene derecho a solicitar que se limite la información médica que se divulgue sobre usted a alguien que esté involucrado en sus cuidados médicos o en el pago de sus cuidados médicos, como un familiar o amistad. Por ejemplo, usted nos pudiera solicitar no utilizar o divulgar información sobre cierta cirugía que usted fue intervenido. Para solicitar estas restricciones, usted deberá realizar la solicitud por escrito y compartir la siguiente información: (1) el tipo de información que desea restringir; (2) ya sea que usted desee que restrinjamos el uso, divulgación, o ambos; y (3) a quién usted desea restringirle la información (por ejemplo, divulgar información a su esposo(a)).
- **Derecho a comunicados confidenciales.** Usted pudiera solicitar que los comunicados sean divulgados de cierta manera o en cierto lugar, pero usted tiene que especificar cómo y cuándo desea que lo contacten.
- **Derecho a examinar y recibir copias.** Usted tiene el derecho a examinar y recibir una copia impresa de su información médica con respecto a las decisiones de su cuidado médico; sin embargo, los apuntes de psicoterapia no pueden ser examinados ni sacar una copia de ellos. Usted pudiera solicitar que el hospital emita su información médica directamente a una entidad o persona que usted designe, siempre y cuando dicha solicitud sea clara, breve y específica. Nosotros pudiéramos cobrar una cuota para cubrir los gastos de sacar las copias y enviarlas por correo postal. Solo bajo ciertas circunstancias, su solicitud pudiera ser negada; usted pudiera solicitar una revisión de la denegación por parte de otro profesional titulado en el cuidado de la salud seleccionado por UMC o EPCH. El Hospital acatará el resultado de la revisión.
- **Derecho a solicitar correcciones.** Si usted cree que la información médica que tenemos de usted es incorrecta o está incompleta, usted puede solicitar una corrección usando el formulario provisto por el Hospital, el cual requiere cierta información específica. El hospital tiene 60 días para responder a una solicitud de modificación bajo los lineamientos de HIPAA. Este plazo puede ampliarse hasta 30 días si el hospital notifica por escrito a la persona en el plazo inicial de 60 días, explicando el motivo del retraso y la nueva fecha de respuesta. La respuesta debe aceptar la modificación o rechazarla, en su totalidad o en parte, con una explicación por escrito de cualquier negación. Si rechazamos su solicitud, le comunicaremos el motivo por escrito. Usted tendrá derecho a presentar una declaración por escrito en la que exprese su desacuerdo por la declinación y, si decide no presentar dicha declaración, usted podrá solicitar que le proporcionemos su solicitud de modificación original y la declinación con cualquier divulgación futura de la PHI sujeta a la modificación. Sin

embargo, podemos preparar una impugnación por escrito a la declaración de desacuerdo de cualquier persona.

- **Derecho a recibir un informe sobre el número de divulgaciones.** Usted pudiera solicitar una lista de las divulgaciones que se han realizado sobre su información médica a personas o entidades por razones distintas a los de tratamiento, pagos y cuestiones operativas del hospital en los últimos seis (6) años y el informe de divulgaciones no debe incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. Su solicitud debe indicar el método de cómo usted desearía recibir la información, tales como la versión impresa o electrónica. El primer informe que usted solicite dentro de un periodo de 12 meses será gratuito. Después de la primera solicitud, se le podría cobrar una cuota. Nosotros le notificaríamos sobre la cantidad de la cuota y usted tendría la opción de cancelar o modificar su solicitud antes de que se le cobre dicha cuota.
- **Derecho a elegir a una persona para representarlo a usted.** Si usted le ha otorgado una carta poder médica a una persona o si una persona es su tutor legal, esa persona puede ejercer los derechos de usted y realizar decisiones sobre su información médica confidencial. Nosotros confirmaremos que la persona posee esta autorización y puede proceder en su representación antes de que nosotros tomemos alguna acción.
- **Derecho a solicitar comunicados confidenciales.** Usted tiene derecho a solicitar que nosotros nos comuniquemos con usted sobre cuestiones médicas de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, usted nos pudiera solicitar de solo contactarlo cuando usted se encuentre en su trabajo o en un domicilio específico. Nosotros no le preguntaremos el motivo de su petición. Nosotros intentaremos llevar a cabo todas las solicitudes que sean razonables. Su solicitud debe especificar cómo y cuándo usted desea ser contactado.

**Para realizar cualquiera de las solicitudes anteriormente descritas, favor de ponerse en contacto con las personas mencionadas en la Sección 9:**

8. **Requisitos con respecto a este Aviso.** La ley requiere que UMC y EPCH le proporcione este Aviso a usted y de notificarle en caso de que se suscite una filtración a la información médica confidencial. Nosotros nos regiremos por este Aviso mientras esté vigente. Cada vez que se registre en UMC o EPCH para recibir servicios médicos como paciente interno o externo, es posible que usted reciba una copia del Aviso que esté vigente en ese momento. UMC y EPCH pueden actualizar los términos de este Aviso en cualquier momento. Cualquier actualización se aplicará a toda la información médica confidencial que tenemos de usted. El nuevo aviso estará disponible al ser solicitado y se publicará en UMC y EPCH y en nuestra página de internet. [Nosotros le enviaremos una copia del aviso actualizado].

**Quejas.** Si usted piensa que se han violado sus derechos de privacidad, usted puede presentar una queja ante UMC o EPCH, cuya información de contacto se encuentra en la última hoja de este Aviso. De igual manera, las quejas pueden ser dirigidas al Procurador General de Texas o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, cuya información aparece a continuación.

**Procurador General de Texas**

Office of the Attorney General

Consumer Protection Division

PO Box 12548

Austin, Texas 78711-2548

<https://www.oag.state.tx.us/consumer/complain.shtml>

<https://www.texasattorneygeneral.gov/consumer-protection/file-consumer-complaint/consumer-privacy-rights>

**Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos:**

<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html>

*Usted no será penalizado ni se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.*

**9. Ponerse en contacto con UMC y/o EPCH si usted:**

- Tiene una queja;
- Tiene alguna pregunta sobre este Aviso;
- Desea solicitar restricciones sobre la utilización y divulgación de su información médica a lo que se refiere a tratamientos, pagos y cuestiones operativas del hospital;
- No desea recibir información sobre actividades de recaudación de fondos; o
- Desea obtener un formulario para ejercer sus derechos individuales descritos en el párrafo 5.

**Pacientes del Centro Médico Universitario de El Paso (UMC)** favor de ponerse en contacto con el Oficial de Cumplimiento y Privacidad:

4815 Alameda Avenue

El Paso, Texas 79905

(915) 521-7490

**Pacientes del Hospital Infantil de El Paso (EPCH)** favor de ponerse en contacto con el Oficial de Cumplimiento y Privacidad:

4845 Alameda Avenue

El Paso, Texas 79905

(915) 242-8529