



## **NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

Effective Date: February 8, 2016

**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.**

If you have any question about this notice, please contact  
Pomona Valley Hospital Medical Center Compliance/Privacy Officer,  
1798 North Garey Avenue, Pomona, CA 91767, (909) 630-7171.  
Main Hospital: (909) 865-9500

### **WHO WILL FOLLOW THIS NOTICE:**

This notice describes the privacy practices of Pomona Valley Hospital Medical Center (Hospital) and those of:

- Any health care professional authorized to enter information into your Hospital record, including the Hospital's Medical Staff
- All departments and units of the Hospital
- Hospital volunteers
- All employees, staff and other Hospital personnel
- Our Community Locations: Robert and Beverly Lewis Family Cancer Care Center and the Breast Health Center, Kidney Stone Center and Physical Therapy at Claremont, Chino Hills and Covina, Robert and Beverly Lewis Outpatient Pavilion
- Our Affiliated Services: Pomona Valley Health Centers- Claremont Urgent Care and Primary Care, Pomona Valley Health Center- Pomona, Pomona Community Health Center, Pomona Valley Health Center at Crossroads Urgent care and Primary Care and Chino Hills Primary Care.

All these entities, sites and locations will follow the terms of this notice. In addition, these entities, sites and locations may share medical information with each other for treatment; payment and / or its own limited and Hospital operation purposes described in this notice.

### **OUR PLEDGE REGARDING MEDICAL INFORMATION**

We understand that medical information about you and your health is personal. We are committed to protecting medical information about you. We create a record of the care and services you receive at the hospital. We need this record to provide you with quality care and to comply with certain legal requirements.

This notice applies to all of the records of your care generated by the hospital, whether made by hospital personnel or your personal doctor. Your personal doctor may have different policies or

notices regarding the doctor's use and disclosure of your medical information created in the doctor's office or clinic.

This notice will tell you about the ways in which we may use and disclose medical information about you. We also describe your rights and certain obligations we have regarding the use and disclosure of medical information.

We are required by law to:

- Make sure that medical information that identifies you is kept private (with certain exceptions);
- Give you this notice of our legal duties and privacy practices with respect to medical information about you; and
- Follow the terms of the notice that is currently in effect.

## **HOW WE MAY USE AND DISCLOSE MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU**

The following categories describe different ways that we use and disclose medical information. For each category of uses or disclosures we will explain what we mean and try to give some examples. Not every use or disclosure in a category will be listed. However, all of the ways we are permitted to use and disclose information will fall within one of the categories.

### **1. DISCLOSURES AT YOUR REQUEST:**

We may disclose information when requested by you. This disclosure at your request may require a written authorization by you.

### **2. FOR TREATMENT**

We may use medical information about you to provide you with medical treatment or services. We may disclose medical information about you to doctors, nurses, technicians, health care students, or other hospital personnel who are involved in taking care of you at the hospital. For example, a doctor treating you for a broken leg may need to know if you have diabetes because diabetes may slow the healing process. In addition, the doctor may need to tell the dietitian if you have diabetes so that we can arrange for appropriate meals. Different departments of the hospital also may share medical information about you in order to coordinate the different things you need, such as prescriptions, lab work and X-rays. We also may disclose medical information about you to people outside the hospital who may be involved in your medical care after you leave the hospital, such as skilled nursing facilities, home health agencies, and physicians or other practitioners. For example, we may give your physician access to your health information to assist your physician in treating you.

### **3. FOR PAYMENT**

We may use and disclose medical information about you so that the treatment and services you receive at the hospital may be billed to and payment may be collected from you, an insurance company or a third party. For example, we may need to give information about surgery you received at the hospital to your health plan so it will pay us or reimburse you for the surgery.

We may also tell your health plan about a treatment you are going to receive to obtain prior approval or to determine whether your plan will cover the treatment. We may also provide basic information about you and your health plan, insurance company or other source of payment to practitioners outside the hospital who are involved in your care, to assist them in obtaining payment for services they provide to you.

#### **4. FOR HEALTH CARE OPERATIONS**

We may use and disclose medical information about you for health care operations. These uses and disclosures are necessary to run the hospital and make sure that all of our patients receive quality care. For example, we may use medical information to review our treatment and services and to evaluate the performance of our staff in caring for you. We may also combine medical information about many hospital patients to decide what additional services the hospital should offer, what services are not needed, and whether certain new treatments are effective. We may also disclose information to doctors, nurses, technicians, medical students, and other hospital personnel for review and learning purposes. We may also combine the medical information we have with medical information from other hospitals to compare how we are doing and see where we can make improvements in the care and services we offer. We may remove information that identifies you from this set of medical information so others may use it to study health care and health care delivery without learning who the specific patients are.

#### **5. HEALTH INFORMATION EXCHANGE:**

We may participate in one or more health information exchanges (HIEs), including our own patient portal, MYHEALTH, and may electronically share your medical information for treatment, payment and healthcare operations purposes with other participants in the HIEs within the region or community. HIEs allow your health care providers to efficiently access and use medical information necessary for your treatment, safety and other lawful purposes. The inclusion of your medical information in an HIE is voluntary and subject to your right to opt-out if you receive services in the State of California. If you do not opt-out of this exchange of information, we may provide your medical information in accordance with applicable law to the HIEs in which we participate. More information on any HIEs in which we participate and how you can exercise your right to opt-out can be found at: [www.pvhmc.org/healthinformationexchange](http://www.pvhmc.org/healthinformationexchange) or you may call us at 909-865-9995.

#### **6. FUNDRAISING ACTIVITIES**

We may use information about you, or disclose such information to a foundation related to the hospital, to contact you in an effort to raise money for the hospital and its operations. You have the right to opt out of receiving fundraising communications. If you receive a fundraising communication, it will tell you how to opt out.

#### **7. HOSPITAL DIRECTORY**

We may include certain limited information about you in the hospital directory while you are a patient at the hospital. This information may include your name, location in the hospital, your general condition (e.g., good, fair, etc.) and your religious affiliation. Unless there is a specific written request from you to the contrary, this directory information, except for your religious affiliation, may also be released to people who ask for you by name. Your religious

affiliation may be given to a member of the clergy, such as a priest or rabbi, even if they don't ask for you by name. This information is released so your family, friends and clergy can visit you in the hospital and generally know how you are doing.

## **8. MARKETING AND SALE**

Most uses and disclosures of medical information for marketing purposes, and disclosures that constitute a sale of medical information, require your authorization.

## **9. TO INDIVIDUAL INVOLVED IN YOUR CARE OR PAYMENT FOR YOUR CARE**

We may release medical information about you to a friend or family member who is involved in your medical care. We may also give information to someone who helps pay for your care. Unless there is a specific written request from you to the contrary, we may also tell your family or friends your condition and that you are in the hospital.

In addition, we may disclose medical information about you to an organization assisting in a disaster relief effort so that your family can be notified about your condition, status and location. If you arrive at the emergency department either unconscious or otherwise unable to communicate, we are required to attempt to contact someone we believe can make health care decisions for you (e.g., a family member or agent under a health care power of attorney).

## **10. FOR RESEARCH**

Under certain circumstances, we may use and disclose medical information about you for research purposes. For example, a research project may involve comparing the health and recovery of all patients who received one medication to those who received another, for the same condition. All research projects, however, are subject to a special approval process. This process evaluates a proposed research project and its use of medical information, trying to balance the research needs with patients' need for privacy of their medical information. Before we use or disclose medical information for research, the project will have been approved through this research approval process, but we may, however, disclose medical information about you to people preparing to conduct a research project, for example, to help them look for patients with specific medical needs, as long as the medical information they review does not leave the hospital.

## **11. AS REQUIRED BY LAW**

We will disclose medical information about you when required to do so by federal, state or local law.

## **12. TO AVERT A SERIOUS THREAT TO HEALTH OR SAFETY**

We may use and disclose medical information about you when necessary to prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of the public or another person. Any disclosure, however, would only be to someone able to help prevent the threat.

## **SPECIAL SITUATIONS**

### **13. ORGAN AND TISSUE DONATION**

We may release medical information to organizations that handle organ procurement or organ, eye or tissue transplantation or to an organ donation bank, as necessary to facilitate organ or tissue donation and transplantation.

### **14. MILITARY AND VETERANS**

If you are a member of the armed forces, we may release medical information about you as required by military command authorities. We may also release medical information about foreign military personnel to the appropriate foreign military authority.

### **15. WORKERS' COMPENSATION**

We may release medical information about you for workers' compensation or similar programs. These programs provide benefits for work-related injuries or illness.

### **16. PUBLIC HEALTH ACTIVITIES**

We may disclose medical information about you for public health activities. These activities generally include the following:

- To prevent or control disease, injury or disability;
- To report births and deaths;
- To report regarding the abuse or neglect of children, elders and dependent adults;
- To report reactions to medications or problems with products;
- To notify people of recalls of products they may be using;
- To notify a person who may have been exposed to a disease or may be at risk for contracting or spreading a disease or condition;
- To notify the appropriate government authority if we believe a patient has been the victim of abuse, neglect or domestic violence. We will only make this disclosure if you agree or when required or authorized by law;
- To notify emergency response employees regarding possible exposure to HIV/AIDS, to the extent necessary to comply with state and federal laws.

### **17. HEALTH OVERSIGHT ACTIVITIES**

We may disclose medical information to a health oversight agency for activities authorized by law. These oversight activities include, for example, audits, investigations, inspections, and licensure. These activities are necessary for the government to monitor the health care system, government programs and compliance with civil rights laws.

### **18. LAWSUITS AND DISPUTES**

If you are involved in a lawsuit or a dispute, we may disclose medical information about you in response to a court or administrative order. We may also disclose medical information about you in response to a subpoena, discovery request, or other lawful process by someone else involved in the dispute, but only if efforts have been made to tell you about the request (which may include written notice to you) or to obtain an order protecting the information requested.

## **19. LAW ENFORCEMENT**

We may release medical information if asked to do so by a law enforcement official:

- In response to a court order, subpoena, warrant, summons or similar process;
- To identify or locate a suspect, fugitive, material witness, or missing person;
- About the victim of a crime if, under certain limited circumstances, we are unable to obtain the person's agreement;
- About a death we believe may be the result of criminal conduct;
- About criminal conduct at the hospital; and
- In emergency circumstances to report a crime; the location of the crime or victims; or the identity, description or location of the person who committed the crime.

## **20. CORONERS, MEDICAL EXAMINERS AND FUNERAL DIRECTORS**

We may release medical information to a coroner or medical examiner. This may be necessary, for example, to identify a deceased person or determine the cause of death. We may also release medical information about patients of the hospital to funeral directors as necessary to carry out their duties.

## **21. NATIONAL SECURITY AND INTELLIGENCE ACTIVITIES**

We may release medical information about you to authorized federal officials for intelligence, counterintelligence, and other national security activities authorized by law.

## **22. PROTECTIVE SERVICES FOR THE PRESIDENT AND OTHERS**

We may disclose medical information about you to authorized federal officials so they may provide protection to the President, other authorized persons or foreign heads of state or conduct special investigations.

## **23. INMATES**

If you are an inmate of a correctional institution or under the custody of a law enforcement official, we may disclose medical information about you to the correctional institution or law enforcement official. This disclosure would be necessary 1) for the institution to provide you with health care; 2) to protect your health and safety or the health and safety of others; or 3) for the safety and security of the correctional institution.

## **24. MULTIDISCIPLINARY PERSONNEL TEAMS**

We may disclose health information to a multidisciplinary personnel team relevant to the prevention, identification, management or treatment of an abused child and the child's parents, or elder abuse and neglect.

## **25. SPECIAL CATEGORIES OF INFORMATION**

In some circumstances, your health information may be subject to restrictions that may limit or preclude some uses or disclosures described in this notice. For example, there are special restrictions on the use or disclosure of certain categories of information — e.g., tests for HIV or treatment for mental health conditions or alcohol and drug abuse. Government health benefit programs, such as Medi-Cal, may also limit the disclosure of beneficiary information for purposes unrelated to the program.

## **YOUR RIGHTS REGARDING MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU**

You have the following rights regarding medical information we maintain about you.

### **RIGHT TO INSPECT AND COPY**

You have the right to inspect and obtain a copy of medical information that may be used to make decisions about your care. Usually, this includes medical and billing records, but may not include some mental health information.

To inspect and obtain a copy of medical information that may be used to make decisions about you, you must submit your request in writing to Health Information Management: Release of Information 1798 N. Garey Avenue Pomona, CA 91767. If you request a copy of the information, we may charge a fee for the costs of copying, mailing or other supplies associated with your request.

We may deny your request to inspect and obtain a copy in certain very limited circumstances. If you are denied access to medical information, you may request that the denial be reviewed. Another licensed health care professional chosen by the hospital will review your request and the denial. The person conducting the review will not be the person who denied your request. We will comply with the outcome of the review.

### **RIGHT TO AMEND**

If you feel that medical information we have about you is incorrect or incomplete, you may ask us to amend the information. You have the right to request an amendment for as long as the information is kept by or for the hospital.

To request an amendment, your request must be made in writing and submitted to the Director of Health Information Management 1798 N. Garey Avenue Pomona, CA 91767. In addition, you must provide a reason that supports your request.

We may deny your request for an amendment if it is not in writing or does not include a reason to support the request. In addition, we may deny your request if you ask us to amend information that:

- Was not created by us, unless the person or entity that created the information is no longer available to make the amendment;
- Is not part of the medical information kept by or for the hospital;
- Is not part of the information which you would be permitted to inspect and copy; or
- Is accurate and complete.

Even if we deny your request for amendment, you have the right to submit a written addendum, not to exceed 250 words, with respect to any item or statement in your record you believe is incomplete or incorrect. If you clearly indicate in writing that you want the addendum to be made part of your medical record we will attach it to your records and include it whenever we make a disclosure of the item or statement you believe to be incomplete or incorrect.

### **RIGHT TO AN ACCOUNTING OF DISCLOSURES**

You have the right to request an “accounting of disclosures.” This is a list of the disclosures we made of medical information about you other than our own uses for treatment, payment and health care operations (as those functions are described above), and with other exceptions pursuant to the law.

To request this list or accounting of disclosures, you must submit your request in writing to Health Information Management: Release of Information 1798 N. Garey Avenue Pomona, CA 91767. Your request must state a time period which may not be longer than six years and may not include dates before April 14, 2003. Your request should indicate in what form you want the list (for example, on paper or electronically). The first list you request within a 12-month period will be free. For additional lists, we may charge you for the costs of providing the list. 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.

In addition, we will notify you as required by law following a breach of your unsecured protected health information.

### **RIGHT TO REQUEST RESTRICTIONS**

You have the right to request a restriction or limitation on the medical information we use or disclose about you for treatment, payment or health care operations. 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 you had.

We are not required to agree to your request, except to the extent that you request us to restrict disclosure to a health plan or insurer for payment or health care operations purposes if you, or someone else on your behalf (other than the health plan or insurer), has paid for the item or service out of pocket in full. Even if you request this special restriction, we can disclose the information to a health plan or insurer for purposes of treating you.

If we agree to another special restriction, we will comply with your request unless the information is needed to provide you emergency treatment.



To request restrictions, you must make your request in writing to the Director of Health Information Management 1798 N. Garey Avenue Pomona, CA 91767. In your request, you must tell us 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 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 by mail.

To request confidential communications, you must make your request in writing to Health Information Management: Release of Information 1798 N. Garey Avenue Pomona, CA 91767. We will not ask you the reason for your request. We will accommodate all reasonable requests. Your request must specify how or where you wish to be contacted.

## **RIGHT TO A PAPER COPY OF THIS NOTICE**

You have the right to a paper copy of this notice. You may ask us to give you a copy of this notice at any time. Even if you have agreed to receive this notice electronically, you are still entitled to a paper copy of this notice.

You may obtain a copy of this notice at our website:

[www.PVHMC.org](http://www.PVHMC.org)

You may obtain a paper copy of this notice by visiting:

Any of the Admitting locations Or Patient Relations Department

## **CHANGES TO THIS NOTICE**

We reserve the right to change this notice. We reserve the right to make the revised or changed notice effective for medical information we already have about you as well as any information we receive in the future. We will post a copy of the current notice in the hospital. The notice will contain the effective date on the first page, in the top right-hand corner. In addition, each time you register at or are admitted to the hospital for treatment or health care services as an inpatient or outpatient, we will offer you a copy of the current notice in effect.

## **COMPLAINTS**

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with the hospital or with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services or the Office of Civil Rights at (866) OCR-PRIV. To file a complaint with the hospital, contact the Patient Relations Department 1798 N Garey Avenue Pomona, CA 91767 or our Compliance/Privacy Officer at 1798 N. Garey Ave Pomona, CA 91767. All complaints must be submitted in writing.

***You will not be penalized for filing a complaint.***

## **OTHER USES OF MEDICAL INFORMATION**

Other uses and disclosures of medical information not covered by this notice or the laws that apply to us will be made only with your written permission. If you provide us permission to use or disclose medical information about you, you may revoke that permission, in writing, at any time. If you revoke your permission, this will stop any further use or disclosure of your medical information for the purposes covered by your written authorization, except if we have already acted in reliance on your permission. You understand that we are unable to take back any disclosures we have already made with your permission, and that we are required to retain our records of the care that we provided to you.



M E D I C A L C E N T E R  
Aviso sobre las prácticas de privacidad

Fecha de vigencia: 8 de febrero del 2016

**ESTE AVISO DESCRIBE DE QUÉ MANERA PUEDE USARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CON DETENIMIENTO.**

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con el director de Privacidad/Cumplimiento de Pomona Valley Hospital Medical Center, 1798 North Garey Avenue, Pomona, CA 91767, (909) 630-7171.  
Hospital Principal: (909) 865-9500

**PARA QUIÉN ES VÁLIDO ESTE AVISO:**

Este aviso describe las prácticas de privacidad de Pomona Valley Hospital Medical Center (el hospital) y de las siguientes personas e instituciones:

- Cualquier profesional de atención sanitaria autorizado a ingresar información en su registro del hospital, incluido el personal médico del hospital
- Todos los departamentos y las unidades del hospital
- Todos los empleados, el personal y otros integrantes del hospital
- Nuestros centros en la comunidad: Robert and Beverly Lewis Family Cancer Care Center y el Breast Health Center; Kidney Stone Center; Sleep Disorders Center en Claremont; Family Medicine Residency Program; Pediatric Follow-up Clinic; Comprehensive Perinatal Service Program; fisioterapia en Claremont, Chino Hills y Covina; y radiología en Chino Hills, Crossroads y Grand View Office Building Radiology Suite, Pabellón ambulatorio Robert and Beverly Lewis
- Nuestros servicios asociados: Pomona Valley Health Centers en Claremont - Urgent Care y Family Medicine, Pomona Valley Health Center en Pomona Family Medicine, Pomona Valley Health Center en Crossroads - Urgent Care y Family Medicine, Pomona Valley Health Center en Chino Hills - Family Medicine y Women's Services, y Pomona Community Health Centers

Todas estas entidades, sitios y centros cumplirán los términos de este aviso. Además, estas entidades, sitios y centros pueden compartir la información médica entre sí para el tratamiento, el pago o sus propios fines limitados y relacionados con las operaciones del hospital que se describen en este aviso.

**NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA**

Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Tenemos el compromiso de proteger la información médica sobre usted. Nosotros nos encargamos de crear un registro de la atención y los servicios que recibe en el hospital. Necesitamos este registro para ofrecerle atención de calidad y para cumplir con determinados requisitos legales.

Este aviso es válido para todos los registros de su atención generados por el hospital, tanto los que haya creado el personal del hospital como los de su médico personal. Es posible que su médico personal tenga diferentes políticas o avisos referidos al uso y la divulgación por parte del médico de la información médica creada en su consultorio.

Este aviso le indicará las formas en las que nosotros podemos usar y divulgar la información médica sobre usted. También describimos sus derechos y determinadas obligaciones que tenemos sobre el uso y la divulgación de la información médica.

Por ley, tenemos la obligación de:

- asegurarnos de que la información médica que lo identifique se mantenga privada (con determinadas excepciones);
- proporcionarle este aviso de nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica sobre usted; y
- cumplir los términos del aviso que tenga vigencia en la actualidad.

## **FORMAS EN LAS QUE PODEMOS USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED**

Las siguientes categorías describen las diferentes formas en las que usamos y divulgamos la información médica.

Para cada categoría de usos o divulgaciones, explicaremos el significado propuesto e intentaremos dar algunos ejemplos. No se describirá cada uso o divulgación correspondiente a una categoría. Sin embargo, todas las formas en las que estamos autorizados a usar y divulgar información entrarán en una de las categorías.

### **1. DIVULGACIONES QUE USTED SOLICITA:**

Podemos divulgar información cuando usted lo solicite. Esta divulgación que usted solicite puede exigir una autorización por escrito de su parte.

### **2. PARA EL TRATAMIENTO**

Podemos usar información médica sobre usted para ofrecerle servicios o tratamiento médico. Podemos divulgar información médica sobre usted a los médicos, auxiliares, estudiantes de atención sanitaria, al personal de enfermería o a cualquier otro personal del hospital que participe en su cuidado en el hospital. Por ejemplo, un médico que lo está tratando por una fractura en la pierna puede necesitar saber si usted tiene diabetes, porque la diabetes puede retrasar el proceso de curación. Además, el médico quizá necesite decirle al nutricionista si usted tiene diabetes, para que podamos preparar las comidas adecuadas. Los diferentes departamentos del hospital también pueden compartir información médica sobre usted a fin de coordinar las diferentes cosas que usted necesite, como recetas, análisis y radiografías. También podemos divulgar información médica sobre usted a personas externas al hospital que participen en su atención médica después del alta hospitalaria, como centros especializados de enfermería, agencias de atención a domicilio, médicos y otros profesionales. Por ejemplo, podemos permitir que su médico tenga acceso a su información sanitaria para ayudarlo con el tratamiento.

### **3. PARA EL PAGO**

Podemos usar y divulgar la información médica sobre usted para que el tratamiento y los servicios que recibe en el hospital puedan facturarse y para que usted, una compañía de seguros o un tercero efectúen el pago. Por ejemplo, podemos necesitar darle información sobre una cirugía

que se hizo en el hospital a su plan médico para que nos pague o le reembolse el dinero de la cirugía. También podemos informar a su plan médico acerca de un tratamiento que está por recibir a fin de obtener la aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento. También podemos proporcionar información básica acerca de usted y su plan médico, compañía de seguros u otra fuente de pago a profesionales externos al hospital que participen en su cuidado, con el fin de ayudarlos a obtener el pago de los servicios que le brindan.

#### **4. PARA LAS OPERACIONES DE ATENCIÓN SANITARIA**

Podemos usar y divulgar la información médica sobre usted para las operaciones de atención sanitaria. Estos usos y divulgaciones son necesarios para el funcionamiento del hospital y para asegurarnos de que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar la información médica para revisar nuestros servicios y tratamientos, y para evaluar el desempeño de nuestro personal en su atención. También podemos combinar la información médica sobre diversos pacientes del hospital para decidir los servicios adicionales que el hospital debería ofrecer, los servicios que no son necesarios y si determinados tratamientos nuevos son eficaces. Además, podemos divulgar la información a los médicos, auxiliares, estudiantes médicos, al personal de enfermería y a otro personal del hospital con fines de revisión y aprendizaje. También podemos combinar la información médica que tenemos con información médica de otros hospitales para comparar cómo nos está yendo y ver en qué áreas podemos mejorar la atención y los servicios que ofrecemos. Podemos excluir de este grupo de información médica la información que lo identifique para que otras personas puedan usarla con el fin de estudiar la atención sanitaria y los modos de brindarla sin conocer a los pacientes específicos.

#### **5. INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD:**

Podemos participar en uno o más intercambios de información de salud (HIE, por sus siglas en inglés), incluido nuestro propio portal para pacientes, MYHEALTH, y podemos compartir en forma electrónica su información médica para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud con otros participantes en el HIE dentro de la región o comunidad. Los HIE permiten a sus proveedores de atención de salud el acceso y uso eficiente de la información médica necesaria para su tratamiento, para la seguridad y para otros fines legales. La inclusión de su información médica en un HIE es voluntaria y está sujeta a su derecho a no participar si usted recibe servicios en el estado de California. Si no se excluye de este intercambio de información, podremos proporcionar su información médica en conformidad con la ley aplicable al HIE en que participamos. Si necesita más información sobre cualquier HIE en el que participamos y quiere saber cómo ejercer su derecho de no participar, visite la página:

[www.pvhmc.org/healthinformationexchange](http://www.pvhmc.org/healthinformationexchange) o bien comuníquese con nosotros al 909-865-9995.

#### **6. ACTIVIDADES DE RECAUDACIÓN DE FONDOS**

Podemos usar la información sobre usted o divulgar dicha información a una fundación relacionada con el hospital para comunicarnos con usted a fin de recaudar dinero para el hospital y sus operaciones. Usted tiene derecho a optar por dejar de recibir las comunicaciones destinadas a recaudar fondos. Si recibe una comunicación de este tipo, en ella se le indicará lo que debe hacer para dejar de recibirlas.

## **7. DIRECTORIO DEL HOSPITAL**

Mientras usted sea paciente del hospital, podemos incluir determinada información limitada sobre usted en el directorio del hospital. Esta información puede incluir su nombre, su ubicación en el hospital, su condición general (por ejemplo, buena, regular, etc.) y su religión. A no ser que usted solicite específicamente lo contrario por escrito, esta información del directorio, excepto su religión, también puede proporcionarse a las personas que pregunten por usted con su nombre. Su religión puede darse a conocer a un miembro calificado de una orden religiosa, por ejemplo, a un sacerdote o un rabino, aunque no pregunten por usted con su nombre. Esta información se brinda para que su familia, sus amigos y los miembros de su orden religiosa puedan visitarlo en el hospital y sepan, en general, cuál es su estado.

## **8. MARKETING Y VENTAS**

La mayoría de los usos y las divulgaciones de la información médica con fines de marketing, y las divulgaciones que constituyen una venta de información médica, requieren su autorización.

## **9. PARA LOS SUJETOS QUE PARTICIPAN EN SU ATENCIÓN O EN EL PAGO DE ESTA**

Podemos divulgar la información médica sobre usted a un amigo o familiar que participe en su atención médica. También podemos brindarle información a alguien que ayude a pagar por su atención. A no ser que usted solicite específicamente lo contrario por escrito, también podemos decirle a su familia o a sus amigos su condición y que usted está en el hospital.

Además, podemos divulgar la información médica sobre usted a una organización que brinde ayuda en casos de catástrofe para que su familia pueda conocer su condición, estado y ubicación. Si usted llega al departamento de emergencias y está inconsciente o no puede comunicarse por otro motivo, debemos intentar comunicarnos con alguien que creamos que pueda tomar decisiones de atención sanitaria en su lugar (por ejemplo, un familiar o un tercero con poder notarial médico).

## **10. PARA LA INVESTIGACIÓN**

En determinadas circunstancias, podemos usar y divulgar la información médica sobre usted con fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede consistir en comparar la salud y la recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento frente a la de los que recibieron otro para la misma afección. Sin embargo, todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso de aprobación especial. Este proceso evalúa el proyecto de investigación propuesto y su uso de la información médica, intentando equilibrar las necesidades de la investigación con la necesidad de los pacientes de que se conserve la privacidad de su información médica. Antes de que usemos o divulguemos la información médica con estos fines, el proyecto se aprobará a través de este proceso de aprobación de la investigación; sin embargo, podemos divulgar la información médica sobre usted a personas que se están preparando para realizar un proyecto de investigación, por ejemplo, a fin de ayudarlos a buscar a pacientes con necesidades médicas específicas, siempre y cuando la información que revisen no salga del hospital.

## **11. SEGÚN LO EXIJA LA LEY**

Divulgaremos la información médica sobre usted cuando nos obligue la ley federal, estatal o local.

## **12. A FIN DE EVITAR UNA AMENAZA GRAVE PARA LA SALUD O LA SEGURIDAD**

Podemos usar y divulgar la información médica sobre usted cuando sea necesario a fin de evitar una amenaza grave para su salud y su seguridad, o para la salud y la seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación será solamente a alguien que pueda ayudar a prevenir la amenaza.

### ***SITUACIONES ESPECIALES***

## **13. DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS**

Podemos divulgar la información médica a organizaciones que se encargan de la obtención de órganos o del trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

## **14. EJÉRCITO Y VETERANOS DE GUERRA**

Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar la información médica sobre usted según lo exijan las autoridades del ejército. También podemos divulgar la información médica sobre el personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

## **15. INDEMNIZACIÓN DE LOS TRABAJADORES**

Podemos dar a conocer información médica sobre usted para la indemnización de los trabajadores o programas similares. Estos programas ofrecen beneficios para enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.

## **16. ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA**

Podemos divulgar la información médica sobre usted para las actividades de salud pública. En general, estas actividades incluyen lo siguiente:

- Evitar o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- Informar nacimientos y muertes.
- Informar el abuso o el abandono de niños, ancianos y adultos dependientes.
- Informar reacciones a los medicamentos o problemas con los productos.
- Notificar a las personas cuando se retiren del mercado productos que puedan estar usando.
- Notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o transmitir una enfermedad o afección.
- Notificar a la autoridad gubernamental adecuada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando la ley lo exija o lo autorice.
- Notificar a los empleados que responden en caso de emergencias acerca de la posible exposición al VIH/sida, en la medida necesaria para acatar las leyes estatales y federales.

## **17. ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN SANITARIA**

Podemos divulgar la información médica a una agencia de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y concesión de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno monitoree el sistema de atención sanitaria, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

## **18. JUICIOS Y CONFLICTOS**

Si está involucrado en un juicio o un conflicto, podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar la información médica sobre usted en respuesta a una citación, un pedido de presentación de pruebas u otro proceso legal por parte de alguien más involucrado en el conflicto, pero solo si se ha intentado avisarle a usted acerca de la solicitud (lo que puede incluir el aviso por escrito) u obtener una orden que proteja la información solicitada.

## **19. CUMPLIMIENTO DE LA LEY**

Podemos divulgar la información médica si un organismo de cumplimiento de la ley nos los solicita, en los siguientes casos:

- en respuesta a una orden judicial, una citación, un mandato o un proceso similar;
- para identificar o ubicar a un sospechoso, un fugitivo, un testigo fundamental o una persona perdida;
- datos acerca de la víctima de un delito en el caso de que, en determinadas circunstancias limitadas, no podamos obtener la aprobación de esa persona;
- datos acerca de una muerte que creamos que pueda ser el resultado de una conducta delictiva;
- datos acerca de una conducta delictiva en el hospital; y
- en circunstancias de emergencia, para informar un delito, la ubicación del delito o las víctimas, o la identidad, la descripción o la ubicación de la persona que cometió el delito.

## **20. MÉDICOS FORENSES, MÉDICOS LEGISTAS Y DIRECTORES DE FUNERARIAS**

Podemos divulgar la información médica a un médico forense o a un médico legista. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona muerta o determinar la causa de la muerte. También podemos dar a conocer información médica sobre los pacientes del hospital a directores de funerarias, según sea necesario para que ejecuten sus tareas.

## **21. ACTIVIDADES DE INTELIGENCIA Y SEGURIDAD NACIONAL**

Podemos dar a conocer información médica sobre usted a agentes federales autorizados, para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

## **22. SERVICIOS DE PROTECCIÓN PARA EL PRESIDENTE Y OTROS**

Podemos divulgar la información médica sobre usted a agentes federales autorizados con el fin de que protejan al presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros, o de que realicen investigaciones especiales.



### **23. PRESOS**

Si usted está preso en un instituto correccional o bajo la custodia de un agente de la ley, podemos divulgar la información médica sobre usted al instituto correccional o al agente de la ley. Esta divulgación sería necesaria 1) para que el instituto le ofrezca atención sanitaria; 2) para proteger su salud y seguridad, o la salud y seguridad de otras personas; o 3) para la protección y seguridad del instituto correccional.

### **24. EQUIPOS DE PERSONAL MULTIDISCIPLINARIO**

Podemos dar a conocer a un equipo de personal multidisciplinario información sanitaria referida a la prevención, la identificación, el manejo o el tratamiento de un niño que haya sufrido abuso y de sus padres. También podemos hacerlo en el caso de abuso o abandono de ancianos.

### **25. CATEGORÍAS ESPECIALES DE INFORMACIÓN**

En algunas circunstancias, su información sanitaria puede estar sujeta a restricciones que limiten o prohíban algunos usos o divulgaciones descritos en este aviso. Por ejemplo, hay restricciones especiales sobre el uso o la divulgación de determinadas categorías de información, que incluyen las pruebas de VIH o el tratamiento para las afecciones de salud mental o el abuso de drogas y alcohol. Los programas de beneficios sanitarios gubernamentales, como Medi-Cal, también pueden limitar la divulgación de información sobre el beneficiario para fines no relacionados con el programa.

### **SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED**

Usted tiene los siguientes derechos acerca de la información médica que conservamos sobre usted.

#### **DERECHO A INSPECCIONAR Y COPIAR**

Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información médica que pueda usarse para tomar decisiones sobre su atención. Habitualmente, esto incluye registros médicos y de facturación, pero puede no incluir algunos datos de salud mental.

A fin de inspeccionar y obtener una copia de la información médica que puede usarse para tomar decisiones sobre su atención, debe enviar su solicitud por escrito al Departamento de Manejo de Información Sanitaria del hospital, a: Release of Information, 1798 N. Garey Avenue, Pomona, CA, 91767. Si solicita una copia de la información, podemos cobrarle honorarios por los costos de la copia, el envío por correo u otros insumos asociados con su pedido.

En determinadas circunstancias muy limitadas, podemos negar su solicitud de inspeccionar y obtener una copia de la información. Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar que se revise esta negativa. Otro profesional de atención sanitaria autorizado que elija el hospital revisará su solicitud y la negativa. La persona que lo haga no será la misma que le negó la solicitud. Nosotros respetaremos el resultado de la revisión.

#### **DERECHO A MODIFICAR**

Si cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar una modificación siempre y cuando el hospital conserve la información o que esta se conserve para el hospital.

Para solicitar una modificación, debe hacerlo por escrito y enviarla al director de Manejo de Información Sanitaria del hospital a 1798 N. Garey Avenue, Pomona, CA, 91767. Además, debe ofrecer una razón que justifique su solicitud.

Podemos negar su solicitud de una modificación si no la envía por escrito o si no incluye una razón que justifique la solicitud. Además, podemos negar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que:

- no creamos nosotros, excepto si la persona o la entidad que la haya creado ya no pueda modificarla;
- no es parte de la información médica que conserva el hospital o que se conserva para el hospital;
- no es parte de la información que usted tendría derecho a inspeccionar y copiar; o
- es precisa y está completa.

Aunque neguemos su solicitud de una modificación, usted tiene derecho a enviar un anexo por escrito, que no supere las 250 palabras, con respecto a cualquier declaración o elemento de su registro que crea que esté incompleto o sea incorrecto. Si indica claramente, por escrito, que desea que el anexo forme parte de su registro médico, lo adjuntaremos a sus registros y lo incluiremos siempre que demos a conocer la declaración o el elemento que usted cree que está incompleto o es incorrecto.

### **DERECHO A UN REGISTRO DE LAS DIVULGACIONES**

Usted tiene derecho a solicitar un “registro de las divulgaciones”. Este consiste en una lista de las divulgaciones que hicimos de la información médica sobre usted, excepto los propios usos para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención sanitaria (dado que esas funciones se describen anteriormente), y con otras excepciones sujetas a la ley.

Para solicitar esta lista o registro de las divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito al Departamento de Manejo de Información Sanitaria del hospital a: Release of Information, 1798 N. Garey Avenue Pomona, CA, 91767. Su solicitud debe indicar un período de menos de seis años y que no incluya fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Su solicitud también debe indicar el formato en el que desea la lista (por ejemplo, impreso o electrónico). La primera lista que solicite que abarque un período de 12 meses será gratuita. En el caso de que desee listas adicionales, podemos cobrarle un costo. Le avisaremos cuál es el costo correspondiente y usted podrá elegir eliminar o modificar la solicitud en ese momento, antes de contraer cualquier gasto. Además, le avisaremos según lo exige la ley en el caso de que se revele su información sanitaria protegida sin garantía.

### **DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES**

Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica sobre usted que usamos o divulgamos para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención sanitaria. Usted también tiene derecho a solicitar un límite de la información médica sobre usted que divulgamos a alguien que participa en su atención o en el pago de su atención, como un familiar o un amigo. Por ejemplo, podría solicitarnos que no usemos o no divulguemos información sobre una cirugía que le han hecho.

No estamos obligados a aceptar su solicitud, excepto si nos solicita que restrinjamos la divulgación a un plan médico o una compañía de seguros para el pago o con fines relacionados con las operaciones de atención sanitaria en el caso de que usted o alguien en su nombre (excepto el plan médico o la compañía de seguros) haya pagado totalmente, de su propio bolsillo,

el artículo o el servicio. Aunque usted solicite esta restricción especial, podemos divulgar la información a un plan médico o una compañía de seguros con el fin de ofrecerle tratamiento. Si aceptamos otra restricción especial, aceptaremos su solicitud excepto si la información es necesaria para ofrecerle tratamiento de emergencia.

Para solicitar restricciones, debe hacerlo por escrito y enviarlas al director de Manejo de Información Sanitaria del hospital a: 1798 N. Garey Avenue, Pomona, CA 91767. En su solicitud, debe indicarnos 1) la información que desea limitar; 2) si desea que limitemos el uso, la divulgación, o ambos; y 3) las personas a las que desea que se les limite la información, por ejemplo, una divulgación a su cónyuge.

### **DERECHO A SOLICITAR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES**

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted para informarle las cuestiones médicas de determinada manera o a determinada ubicación. Por ejemplo, puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted solamente en su trabajo o por correo.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe enviar su solicitud por escrito al Departamento de Manejo de Información Sanitaria del hospital a: Release of Information, 1798 N. Garey Avenue, Pomona, CA, 91767. No le preguntaremos la razón de su solicitud. Daremos cabida a todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted.

### **DERECHO A OBTENER UNA COPIA IMPRESA DE ESTE AVISO**

Usted tiene derecho a solicitar una copia impresa de este aviso. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Aunque haya aceptado recibir este aviso por un medio electrónico, tiene derecho a recibir una copia impresa.

Puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web:  
[www.pvhmc.org](http://www.pvhmc.org).

Puede obtener una copia impresa de este aviso si visita: cualquiera de los puntos de ingreso del hospital o el Departamento de Relaciones con el Paciente.

### **CAMBIOS EN ESTE AVISO**

Nos reservamos el derecho a modificar este aviso. Nos reservamos el derecho a que el aviso revisado o modificado tenga vigencia para la información médica que ya tengamos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso vigente en el hospital. El aviso incluirá la fecha de vigencia en la primera página. Además, cada vez que se registre o ingrese al hospital para recibir tratamiento o servicios de atención sanitaria como paciente internado o de forma ambulatoria, le ofreceremos una copia del aviso vigente.

### **QUEJAS**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el hospital o ante la secretaria del Departamento de Servicios Sanitarios y Sociales de EE. UU. o la Oficina de Derechos Civiles, al (866) OCR-PRIV. Para presentar una queja ante el hospital, comuníquese con el Departamento de Relaciones con el Paciente del hospital a 1798 N Garey Avenue, Pomona, CA 91767, o con el director de Cumplimiento/Privacidad del hospital a 1798 N. Garey Ave, Pomona, CA, 91767. Todas las quejas deben enviarse por escrito.

*No sufrirá represalias por presentar una queja.*

### **OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA**

Los otros usos y divulgaciones de la información médica que no cubra este aviso o las leyes que nos rigen se harán solo con su permiso por escrito. Si nos da su permiso para usar o divulgar información médica sobre usted, puede revocarlo por escrito en cualquier momento. Si revoca su permiso, esto detendrá cualquier uso o divulgación adicional de su información médica con los fines cubiertos por su autorización escrita, excepto si ya actuamos en virtud del permiso. Usted entiende que no podemos cancelar cualquier divulgación que ya hayamos hecho con su permiso y que debemos conservar nuestros registros de la atención que le brindamos.