

**AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACION DE SALUD**  
**Valley Health Partners Community Health Center y el Personal Médico de Valley Health Partners Community Health Center**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y REVELADA Y CÓMO PUEDE CONSEGUIR EL ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**

**POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE**

**Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, por favor póngase en contacto con Valley Health Partners Community Health Center.**

**NUESTRA PROMESA CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MEDICA PROTEGIDA**

Valley Health Partners Community Health Center (VHPCHC) entiende que la información médica sobre usted es personal, y estamos comprometidos a proteger su información de salud. Por esta razón, VHPCHC, crea y describe cómo usamos y revelamos su información médica respectiva a los servicios ofrecidos a través de VHPCHC. Debido a que ciertos tipos de información médica pueden identificarlo, llamamos a esta Información Médica Protegida o "IMP". En este Aviso, le informaremos sobre:

- Cómo podemos usar y revelar su IMP (Información Médica Protegida)
- Cuándo podemos revelar su IMP a otros
- Sus derechos de privacidad y cómo utilizarlos
- Nuestros deberes de privacidad
- A quién contactar para obtener más información o con una queja

***CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA***

Las siguientes categorías describen diferentes maneras en que usamos y divulgamos su IMP. Para cada categoría de usos o divulgaciones, explicaremos lo que queremos decir y trataremos de proporcionar algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información estarán dentro de una de las categorías.

**Para el Tratamiento.** Podemos usar y revelar la IMP para darle tratamiento o servicios médicos y para administrar y coordinar su atención médica. Su IMP puede ser revelada a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes u otro personal que esté involucrado en el cuidado de usted. Por ejemplo, su IMP puede ser proporcionada a un especialista o laboratorio al que se le haya referido para asegurarse de que el proveedor de atención médica tenga la información necesaria para tratarlo o proporcionarle un servicio. Si usted está en el hospital, diferentes departamentos del hospital pueden compartir información médica sobre usted para coordinar las diferentes cosas que necesita, tales como recetas, examen de sangre y radiografías. También podemos revelar información médica acerca de usted a personas fuera del hospital que puedan estar involucradas en su atención médica después de que usted salga del hospital para que podamos proporcionar servicios que son parte de su atención, es decir, enfermeras de cuidado en el hogar o un equipo de ambulancia para el transporte.

**Para el Pago.** Podemos utilizar y divulgar la IMP de usted, para que el tratamiento y los servicios que reciba se facturen y el pago se le pueda cobrar a usted, una compañía de seguros o un tercero. Por ejemplo, es posible que su compañía de seguros desee revisar su historial médico para asegurarse de que su atención fue médicamente necesaria. También podemos informar a su plan de salud acerca de un tratamiento que va a recibir para obtener aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

**Para Operaciones de la Atención Médica.** Podemos usar y revelar IMP sobre usted para operaciones de atención médica. Las operaciones de la asistencia médica implican la administración, educación y actividades de garantía de calidad. Por ejemplo, podemos usar IMP para revisar nuestro tratamiento y servicios y evaluar el rendimiento de nuestro personal en el cuidado para usted. También podemos divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes y otro personal con propósitos de revisión y aprendizaje. Podemos combinar la información médica que tenemos con información médica de otras organizaciones para comparar cómo estamos y ver dónde podemos hacer mejoría en la atención y los servicios que ofrecemos. Otros usos operacionales o revelaciones pueden implicar la planificación de negocios o la resolución de una queja.

**Para Intercambios de Información de Salud.** Es posible que podemos usar o revelar información médica sobre usted para participar en un Intercambio de Información de Salud (IIS), patrocinado por el gobierno o partes privadas. Por ejemplo, la información sobre su atención médica pasada, las condiciones médicas actuales y los medicamentos pueden estar disponibles para nosotros o para sus proveedores que no son de VHPCHC si participan en el IIS. El intercambio de información de salud puede proporcionar un acceso más rápido, una mejor coordinación de la atención y ayudar a los proveedores y a los funcionarios de salud pública a tomar decisiones de tratamiento más informadas sobre usted. Si VHPCHC participa en un IIS (Intercambio de Información de Salud) se le pedirá que se inscriba proporcionando su consentimiento o proporcionar una notificación para darse de baja de IIS.

**Usos Especiales.** También utilizamos o divulgamos su IMP para fines que implican su relación con nosotros como paciente. Podemos usar o divulgar su IMP para:

- Comunicarnos con usted como recordatorio de que tiene una cita para tratamiento o atención médica.
- Informarle o recomendarle posibles opciones de tratamiento o alternativas que puedan ser de su interés.
- Informarle sobre nuestros beneficios y servicios de salud.
- Enviarle saludos para hacerle saber que su relación con nosotros es importante y que nos preocupamos por su recuperación continua.

#### **USOS DETERMINADOS Y DIVULGACIONES DE SU IMP QUE SON PERMITIDOS O REQUERIDOS POR LA LEY**

Muchas leyes y regulaciones requieren o nos permiten usar o divulgar su IMP. Aquí hay una lista de usos y divulgaciones requeridas o permitidas.

**Directorio Del Centro.** Podemos divulgar cierta información limitada sobre usted mientras usted es un paciente en nuestro centro si usted desea permanecer en la lista de nuestro directorio del centro. Esta información puede incluir su nombre, ubicación en el centro y número de teléfono del centro. Esta información puede ser divulgada si alguien pregunta por usted a través de su nombre y usted no se opone a ser listado en el directorio. Esto es para que su familia y amigos puedan visitarlo/a. En cuanto al registro público, también nos permiten divulgar una—palabra de condición general (justo, bien, indeterminado, serio o crítico). Si usted decide darnos su afiliación religiosa, podemos proporcionar su nombre, ubicación en el centro y número de teléfono del centro a un miembro del clero, como un sacerdote o rabino. Se nos permite divulgar esta información incluso si no le piden por su nombre, a menos que usted se oponga a la divulgación. Le informaremos acerca de sus deseos antes de revelar información a su clero.

**Actividades de Recaudación de Fondos.** Podemos usar o divulgar su IMP, según sea necesario, con el fin de contactarle para actividades de recaudación de fondos. Usted tiene el derecho a optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos. Si nos ponemos en contacto con usted para actividades de recaudación de fondos, las comunicaciones que reciba tendrán instrucciones sobre cómo optar por no participar.

**Individuos Involucrados en su Cuidado o Pago Para Su Cuidado.** A menos que usted se oponga, podemos revelar su IMP a un familiar, o amigo o cualquier otra persona que identifique que esté involucrada en su atención médica. En caso de que no pueda expresarse, podemos revelar la IMP, según sea necesario y que determinemos que este en su mejor interés, a un familiar o amigo directamente involucrado en su cuidado. También podemos dar la información a alguien que ayuda a pagar por su cuidado. Además, podemos revelar la información médica sobre usted a una entidad que asiste en esfuerzo de socorro en casos de desastre para coordinar su cuidado o notificar a familia y amigos de su ubicación o condición en un desastre. Le proveeremos con una oportunidad de estar de acuerdo u oponerse a tal revelación siempre que practicablemente podamos hacerlo.

**Investigación.** Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y revelar su IMP con fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede implicar comparar la salud y la recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento con aquellos que recibieron otro, para la misma condición. Todos los proyectos de investigación, sin embargo, están sujetos a un proceso de aprobación especial. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y su uso de información médica que equilibra las necesidades de investigación con la necesidad de los pacientes de privacidad de su información médica. Antes de usar o revelar información médica para investigación, el proyecto habrá sido aprobado a través de este proceso de aprobación de investigación. Hay algunas excepciones en las que el proceso de aprobación no es necesario. Podemos revelar su IMP a personas que se preparan para llevar a cabo un proyecto de investigación; por ejemplo, para ayudarles a buscar pacientes con necesidades médicas específicas, siempre y cuando la IMP que revisen no salga del centro. También podemos divulgar su información médica a un investigador siempre que se eliminen ciertos elementos de datos que puedan identificarle (por ejemplo, nombre, número de seguro social, número de registro médico, etc.). Generalmente pediremos su permiso específico para usar su IMP y participar en la investigación.

**Según lo Requerido Por la Ley.** Revelaremos su IMP cuando así lo exija la legislación federal, estatal o local, por ejemplo, cuando La Corte nos ordene que entregue ciertos tipos de su IMP.

**Para Evitar una Amenaza Grave para la Salud o la Seguridad.** Podemos usar y divulgar su IMP cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona. Cualquier divulgación, sin embargo, sólo sería a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

**Asociados de Negocios.** Podemos divulgar su IMP a nuestros socios comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o nos proporcionan servicios si la IMP es necesaria para esas funciones o servicios. Por ejemplo, podemos utilizar otra compañía para proporcionar transcripciones o servicios de consultoría para nosotros. Todos nuestros socios comerciales están obligados, bajo contrato con nosotros, a proteger la privacidad y garantizar la seguridad de su IMP.

**Para Operaciones de Pago y Atención Médica de Otra Entidad.** Podemos divulgar su IMP a otra entidad cubierta por las regulaciones federales de privacidad de atención médica o a otro proveedor de atención médica si la revelación es para las actividades de pago de esa entidad o proveedor que recibe la información. Por ejemplo, podemos divulgar la información de seguros sobre un paciente a una compañía de la ambulancia, si tales servicios fueran proporcionados al paciente. Además, podemos revelar IMP sobre usted a otra entidad cubierta por las normas de privacidad de la asistencia médica federal si la entidad tiene o tuviera una relación con usted, y el objetivo para la divulgación está relacionado con su asistencia médica de actividades operacionales, es decir, acreditación, licenciamiento o actividades de acreditación. Limitaremos la información revelada a la cantidad mínima de información necesaria de acuerdo con la petición.

## **SITUACIONES ESPECIALES**

**Donación de Órganos y Tejidos.** Podemos divulgar IMP a organizaciones que manejan la obtención de órganos o 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.

**Militares y Veteranos.** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su IMP según lo requieran las autoridades de mando militar. También podemos divulgar la IMP acerca del personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera apropiada.

**Compensación de Trabajador.** Podemos divulgar información sobre usted para compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**Riesgos de Salud Pública.** Podemos divulgar su IMP para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:

- Informar sobre las enfermedades transmisibles;
- Para reportar casos de cáncer;
- Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o invalidez;
- Para reportar información de nacimiento
- Para reportar información sobre la muerte;

- Reportar abuso infantil o negligencia;
- Informar reacciones a medicamentos o problemas con los productos;
- Notificar a las personas sobre retiros de productos que puedan estar utilizando;
- Notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.

**Abuso, Abandono o Violencia Doméstica.** Podemos divulgar IMP para notificar la autoridad del gobierno apropiado si creemos que un paciente ha sido la víctima de abuso, abandono o violencia doméstica. Sólo haremos la revelación si el paciente está de acuerdo o cuando requerido o autorizado según la ley.

**Actividades de Supervisión de la Salud.** Podemos revelar la IMP a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención de la salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

**Demandas y Disputas.** Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podemos revelar información de IMP sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información médica protegida (IMP) sobre usted en respuesta a una citación, petición de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la petición u obtener un pedido que proteja la información solicitada. También podemos usar o divulgar su IMP para defendernos en caso de una demanda que usted traiga si su atención médica o atención médica está en cuestión.

**Cumplimiento de la Ley.** Podemos divulgar la IMP si se lo pide un funcionario encargado de hacer cumplir la ley:

- En respuesta a una orden judicial, orden de citación, citación o proceso similar
- Identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- Sobre la víctima de un delito si, en determinadas circunstancias limitadas, no podemos obtener el acuerdo de la persona;
- Sobre una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta criminal;
- Sobre la conducta criminal en instalaciones locales; y
- En circunstancias de emergencia para denunciar un delito; la localización del delito o las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

**Propósitos de Notificación de Violación de Datos.** Podemos usar o divulgar información médica sobre usted para proporcionar avisos legalmente requeridos de acceso no autorizado o divulgación de su información médica.

**Juez (m) de Instrucción, Examinadores Médicos y Directores Funerarios.** Podemos divulgar la IMP a un forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar IMP sobre los pacientes a los directores funerarios según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.

**Seguridad Nacional e Actividades de Inteligencia.** Podemos revelar su IMP a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

**Servicios de Protección para el Presidente y Otros.** Podemos revelar su IMP a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros o llevar a cabo investigaciones especiales.

**Presidarios.** Si es un presidiario de una corrección de institución o bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, podemos divulgar IMP sobre usted a la Institución Correccional o Funcionario Encargado de hacer Cumplir la Ley. Esta divulgación sería necesaria (1) para que la institución le provea la asistencia médica; (2) para proteger su salud y seguridad o salud y seguridad de otros; o (3) para seguridad y protección de la institución correccional.

### **CIERTOS REQUISITOS ESTRICTOS QUE SEGUIMOS**

Varias leyes estatales pueden aplicarse a su IMP que establecen un estándar más estricto que las protecciones ofrecidas bajo las regulaciones federales de privacidad de salud. La ley estatal más estricta en Pensilvania, por ejemplo, nos limitará a revelar registros médicos que contengan información relacionada con el VIH; registros médicos que contienen información sobre el abuso de alcohol y drogas; y registros médicos que contienen tratamiento psiquiátrico y psicológico. La ley estatal dicta a quién y bajo qué circunstancias la divulgación esta apropiada. Por lo general, la divulgación de esta información está supeditada a su consentimiento específico, o de acuerdo a una orden judicial.

### **SE REQUIERE AUTORIZACIÓN POR ESCRITO PARA OTROS USOS Y DIVULGACIONES**

Los siguientes usos y divulgaciones de su IMP se harán únicamente con su autorización por escrito:

1. La mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia;
2. Usos y divulgación de la IMP con fines de mercadeo; y
3. Divulgaciones que constituyen una venta de su IMP.

Otros usos y divulgaciones de la IMP, no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros, se harán solo con permiso por escrito. Si nos proporciona permiso para usar o divulgar su IMP, puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no usaremos ni divulgaremos su IMP por los motivos cubiertos por su autorización por escrito. Usted entiende que no podemos retirar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso, y que estamos obligados a conservar en nuestros registros del cuidado que le proporcionamos.

### **SUS DERECHOS SOBRE LA INFORMACION MEDICA SOBRE USTED**

Tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted:

**Derecho a Inspeccionar y Copiar.** Usted tiene derecho a inspeccionar, con ciertas excepciones, y copiar sus registros médicos y de facturación. También tiene derecho a pedir que enviemos una copia de sus registros médicos o facturación a un tercero. Estas solicitudes deben presentarse por escrito. Si solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa razonable por proporcionar una copia de sus registros. Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su IMP en determinadas circunstancias limitadas. Si le negamos el acceso a sus registros porque determinamos que puede causarle daño físico,

o creemos que puede causar daño físico, emocional o psicológico a otra persona, puede solicitar que se revise la denegación. Otro profesional de la salud con licencia será elegido para revisar su solicitud y la denegación. La persona que lleva a cabo la revisión no será la persona que denegó su solicitud. Cumpliremos con el resultado de la revisión.

**Derecho a un Resumen o Explicación.** Podemos proporcionarle un resumen de su IMP, en lugar de todo el registro o una explicación de la IMP que se le ha proporcionado, siempre y cuando acepte este formulario alternativo y pague los cargos asociados.

**Derecho a una Copia Electrónica de Registros Médicos Electrónicos.** Si su IMP se mantiene en un formato electrónico (es decir, registro médico electrónico o un registro de la salud), tiene derecho a solicitar que se le dé una copia electrónica de su registro o se le transmita a otra persona o entidad. VHPCHC tiene el sistema en lugar para ofrecer a los pacientes la capacidad de recibir información mantenida electrónicamente a través de un portal basado en la web. Si se solicitan otros formatos y no son factibles, y el paciente rechaza el medio electrónico ofrecido, VHPCHC le proporcionará una copia en papel para cumplir con la solicitud de acceso. Podemos cobrarle una tarifa razonable por transmitir el expediente médico electrónico.

**Derecho a Recibir Notificación de una Infracción.** Se le notificará si su IMP ha sido "violada", lo que significa que su IMP ha sido utilizada o divulgada de una manera que es cambiante con la ley y resulta en que se vea comprometida.

**Derecho a Enmendar.** Si cree que la IMP que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que modifiquemos la información. Debe proporcionar una razón que apoye su pedida. Podemos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que:

- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda;
- No forma parte de la información médica guardada por o para la entidad;
- No forma parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o
- Es precisa y completa.

Si nos negamos a hacer su enmienda solicitada, usted tiene el derecho a presentar una declaración por escrito sobre por qué no está de acuerdo. Tenemos derecho a preparar una contra-declaración si todavía no estamos de acuerdo. Su declaración y nuestra contra-declaración formaran parte de su registro.

**Derecho a una Contabilidad de Divulgaciones.** Usted tiene derecho a solicitar una contabilidad de ciertas divulgaciones que hemos hecho de su IMP en los últimos seis años. No tenemos que dar cuenta de todas las divulgaciones, incluidas las que impliquen tratamiento, pago u operaciones de atención médica; o cuando usted autorizó la divulgación de información. Para solicitar una lista de contabilidad de sus divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito a Valley Health Partners

Community Health Center. Su pedida debe indicar el período de tiempo y usted debe incluir qué entidades desea tener una contabilidad de divulgaciones, es decir, Valley Health Partners Community Health Center. También le pedimos que incluya su nombre completo, fecha de nacimiento, número de seguro social y dirección en la solicitud con fines de exactitud. La primera lista que solicite dentro de un período de doce meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle por el costo de proporcionar la lista. Le notificaremos del costo involucrado y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurran en cualquier costo.

**Derecho a Solicitar Restricciones.** Usted tiene el derecho de pedir una restricción o limitación en la IMP que usamos o divulgamos sobre usted para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. También tiene derecho a pedir un límite de IMP que divulguemos sobre usted a alguien que esté involucrado en su cuidado o en el pago de su atención como un familiar o un amigo. No estamos obligados a aceptar su petición, a menos que nos pida que restrinjamos el uso y la divulgación de su IMP a un plan de salud para fines de pago o de atención médica y dicha información que desea restringir pertenece únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el que nos ha pagado "de su bolsillo" en su totalidad. Para otras restricciones solicitadas, la solicitud puede presentarse por escrito. Si el proveedor acepta su solicitud, la restricción solo es aplicable a la entidad individual, y a ese episodio de atención en particular a menos que se acuerde lo contrario. Tenga en cuenta que debe realizar peticiones separadas a cada entidad, que se aplica a este aviso, debido a sus operaciones individualizadas. Esto también incluye solicitudes separadas a los miembros del Personal Médico de Valley Health Partners Community Health Center.

**Pagos de Bolsillo.** Si pagó de su bolsillo (o en otras palabras, ha pedido que no facturemos a su plan de salud) en su totalidad por un artículo o servicio específico, tiene el derecho de solicitar que su IMP con respecto a ese artículo o servicio no se divulgue a un plan de salud para fines de pago u operaciones de atención médica, y respetaremos esa pedida.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Usted tiene derecho a pedir que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar específico. Por ejemplo, puede pedir que solo nos pongamos en contacto con usted en el trabajo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe enviar esta solicitud por escrito. En su pedida, debe especificar cómo y dónde desea ser contactado. No le pediremos el motivo de su pedido. Acomodaremos todas las peticiones razonables. Tenga en cuenta que debe realizar peticiones separadas a cada entidad, que se aplica a este aviso, debido a sus operaciones individualizadas. Esto incluye peticiones separadas a los miembros del Personal Médico de Valley Health Partners Community Health Center.

**Derecho a una Copia en Papel de este Aviso.** Usted tiene derecho a una copia en papel de este aviso. Puede pedirnos que le entreguemos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, usted todavía tiene derecho a una copia en papel de este aviso. También puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web, <http://www.valleyhealthpartners.org>.



**Cómo Ejercer sus Derechos.** Para ejercer sus derechos descritos en este Aviso, envíe su solicitud, por escrito, a Valley Health Partners Community Health Center. Es posible que le pidamos que llene un formulario que le proporcionaremos. Si está solicitando acceder y copiar su expediente médico, por favor comuníquese con el Departamento de Divulgación de Información (Department Release of Information) al (610) 402-8240.

### **CAMBIOS EN ESTE AVISO**

Reservamos el derecho de cambiar este aviso. Reservamos el derecho de hacer efectivo el aviso revisado o modificado para la IMP (Información Médica Protegida) que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual en las entidades aplicables. El aviso contendrá una fecha efectiva al final del aviso. Además, cada vez que usted está registrado en una de las entidades aplicables o es admitido para los servicios de atención médica, una copia del aviso actual está disponible.

### **RECLAMACIONES**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante VHPCHC o ante la Oficina de Derechos Civiles. Para presentar una queja ante VHPCHC, comuníquese con la Práctica Médica de VHPCHC, en la cual usted desea presentar la queja. También tiene derecho a presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles, ya sea por escrito o electrónicamente. Debe incluir la identidad de la entidad y la presunta violación, y la queja debe presentarse dentro de los 180 días posteriores al conocimiento de la presunta violación. También tiene derecho a presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles, ya sea por escrito o electrónicamente. Debe incluir la identidad de la entidad y la presunta violación, y la queja debe presentarse dentro de los 180 días posteriores al conocimiento de la presunta violación.

**Usted no será penalizado por presentar una queja.**

### **Fecha Efectiva:**

Este Aviso entra en efecto el 1 de Julio de 2020

### **¿Quién seguirá este aviso?**

Este aviso se aplica a las entidades de propiedad absoluta y entidades que están afiliadas a VHPCHC en el sentido de la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la Regla de privacidad de la Ley. Este aviso también se aplica al Personal Médico de Valley Health Partners Community Health Center únicamente en lo que se refiere a los servicios provistos en los establecimientos de las entidades con licencia. Estas entidades, sitios y ubicaciones siguen los términos de este aviso y comparten información médica entre sí para operaciones de tratamiento, pago u atención médica como se describe en este aviso.