

# Aviso de Prácticas de Privacidad

**Este aviso describe cómo podría ser utilizada y revelada la información médica sobre usted y cómo obtener acceso a esta información. Por favor revísela detenidamente.**

## I. Quiénes Somos

Este aviso describe las prácticas de privacidad de Redlands Community Hospital (el *Hospital*), incluyen a los miembros de su fuerza activa, los doctores miembros del personal médico y los profesionales aliados de salud que ejercen en el Hospital. El Hospital y los proveedores individuales de servicios de atención médica, en conjunto, a veces son nombrados o denominados nos o nosotros en este aviso. Aunque nos ocupamos en muchas actividades conjuntas y proporcionamos servicios en un ámbito de atención clínicamente integrado, cada uno de nosotros somos entidades legales separadas. Este aviso aplica a los servicios prestados a usted en 350 Terracina Boulevard, Redlands, California como paciente interno o externo del Hospital.

## II. Nuestras Obligaciones de Privacidad

Cada uno de nosotros tenemos la obligación por ley de mantener la privacidad de sus datos médicos (*Datos Protegidos de Salud o PHI, según sus siglas en inglés*) y de proporcionarle a usted este Aviso de nuestros deberes legales y las prácticas de privacidad con respecto a sus Datos Protegidos de Salud. Cuando nosotros utilizamos o revelamos sus Datos Protegidos de Salud, estamos obligados a cumplir con las condiciones de este aviso (u otro aviso en vigor en el momento del uso o revelación).

## III. Usos y Revelaciones Permitidos Sin Su Autorización Escrita

En ciertas situaciones, que nosotros describiremos en la Sección IV, debemos obtener su autorización por escrito a fin de poder usar y/o revelar su PHI. Sin embargo, nosotros no necesitamos ningún tipo de autorización por parte suya para los siguientes usos y revelaciones:

### **A. Usos y Revelaciones para Pago de Tratamiento y Operaciones de Atención Médica.**

Nosotros podemos utilizar y revelar el PHI, pero no su ‘información altamente confidencial’ (como lo define la Sección IV.C), para poder tratarlo, obtener pago por los servicios brindados a usted y conducir nuestras *operaciones de atención médica* como se detalla a continuación:

- **Tratamiento**  
Nosotros utilizamos y revelamos su PHI para proporcionar tratamiento y otros servicios a usted. Por ejemplo, para diagnosticar y tratar su lesión o enfermedad. Además, podríamos ponernos en contacto con usted para proveer recordatorios de citas o información sobre tratamientos alternos u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que pudieran ser de interés para usted. También podríamos revelar la PHI a otros proveedores que participan en su tratamiento.
- **Pago**  
Nosotros podríamos utilizar y revelar su PHI para obtener pago por los servicios que nosotros le proporcionemos. Por ejemplo, revelaciones para demandar y obtener pago de su aseguradora de salud, HMO u otra compañía que hace arreglos o paga por el costo de parte o toda su atención médica (su ‘Pagador’) a fin de verificar que su pagador pagará por la atención médica.
- **Operaciones de Atención Médica**  
Nosotros podríamos utilizar y revelar su PHI por nuestras operaciones de atención médica, las cuales incluyen administración y planificación interna y diversas actividades que mejoran la calidad y la eficacia en los costos de la atención que le brindamos a usted. Por ejemplo, podríamos utilizar la PHI para evaluar la calidad y competencia de nuestros doctores, enfermeras y otros trabajadores de atención médica. Podríamos revelar el PHI a nuestro Oficial de Manejo de Riesgo de la Oficina de Privacidad a fin de resolver cualquier queja que pudiese haber y asegurar que usted tenga una visita cómoda con nosotros.

También podríamos revelar el PHI a sus otros proveedores de servicios de atención médica cuando tal PHI se requiere para que ellos le traten, reciban pago por los servicios que ellos le brinden a usted o para realizar ciertas operaciones de atención médica, tales como evaluación de calidad y mejora de actividades, revisión de la calidad y competencia de los profesionales de atención médica o para fraude y abuso de detección o cumplimiento de atención médica. Además, podríamos compartir el PHI con nuestros asociados de negocios que realizan servicios de tratamiento, pago y operaciones de atención médica por parte nuestra.

## **B. Uso o Revelación para el Directorio de Personas en el Hospital.**

Podríamos incluir su nombre, ubicación en el hospital, condición general de salud y afiliación religiosa en un directorio de pacientes sin obtener su autorización a no ser que usted rechace ser incluido en el directorio o está ubicado en una sala, pabellón, ala o unidad donde la identificación de ella podría dar a conocer que usted se encuentra recibiendo tratamiento por salud mental y discapacidades evolutivas. La

información en el directorio podría revelar a cualquiera que pregunte por usted por nombre o a miembros del clero; aunque, esa afiliación religiosa sólo será revelada a miembros del clero.

### **C. Revelación a Parientes, Amistades Cercanas y Otros Proveedores de Cuidados.**

Podríamos utilizar o revelar su PHI a los miembros de su familia, a otros parientes, a una amistad cercana personal o a cualquier otra persona identificada por usted cuando usted está presente, o sino disponible antes de la revelación, si nosotros (1) obtenemos su consentimiento; (2) le proporcionamos a usted la oportunidad de rechazar la revelación y usted no se opone; o (3) razonablemente infiere que usted no se opone a la revelación. Si usted no se encuentra presente, o la oportunidad de consentir o oponerse al uso o revelación no puede prácticamente ser proporcionada debido a su incapacidad o a una circunstancia de emergencia, nosotros podríamos ejercer nuestro juicio profesional a fin de determinar si una revelación está en el mejor interés suyo. Si nosotros revelamos información a un miembro de familia, a otro pariente o a una amistad cercana personal, solamente revelaríamos información que nosotros percibamos es directamente relevante a la participación de la persona con su atención médica o pago relacionado con su atención médica. También podríamos revelar su PHI a fin de notificar (o asistir en la notificación) a tales personas sobre su ubicación o condición general.

### **D. Actividades de Salud Pública.**

Podríamos revelar su PHI por las siguientes actividades de salud pública: (1) para reportar información sobre salud a las autoridades de salud pública para el propósito de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; (2) para informar sobre maltrato infantil y negligencia a las autoridades de salud pública u otras autoridades gubernamentales autorizadas por ley a recibir dichos informes; (3) para reportar información sobre productos y servicios bajo la jurisdicción de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE.UU.; (4) para alertar a una persona que pudiese haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o pudiese, de otra manera, estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; y (5) para reportar información a su empleador como lo requieren las leyes que tratan sobre enfermedades y lesiones relacionadas al trabajo o vigilancia médica del lugar de trabajo.

### **E. Víctimas de Maltrato, Negligencia o Violencia Doméstica.**

Si nosotros percibimos razonablemente que usted es una víctima de maltrato, negligencia o violencia doméstica, podríamos revelar su PHI a una autoridad gubernamental, inclusive a una agencia de servicio social o servicios protectivos que esté autorizada por ley a recibir reportes de tales maltratos, negligencia o violencia

doméstica.

## **F. Actividades para Vigilancia de Salud.**

Podríamos revelar su PHI a una agencia de vigilancia de salud que supervisa el sistema de atención médica y está encargada de la responsabilidad para asegurar el cumplimiento con las reglas de los programas gubernamentales de salud, tales como Medicare o Medicaid.

## **G. Procesos Judiciales y Administrativos.**

Podríamos revelar su PHI en el transcurso de un proceso judicial o administrativo en respuesta a un mandato judicial o a otro proceso legal.

## **H. Oficiales de Cumplimiento de la Ley.**

Podríamos revelar su PHI a la policía u otros oficiales de cumplimiento de la ley como lo requiere o lo permite la ley, o en cumplimiento con una orden judicial o una citación judicial administrativa o del gran jurado.

## **I. Difuntos.**

Podríamos revelar su PHI a un médico forense o médico legista como es autorizado por ley.

## **J. Adquisición de Órganos y Tejidos.**

Podríamos revelar su PHI a las organizaciones que facilitan la adquisición, el almacenamiento o transplante de órganos, ojos o tejidos.

## **K. Investigación.**

Podríamos utilizar o revelar su PHI sin su consentimiento o autorización, si nuestra Junta de Revisión de Instituciones aprueba una exención de autorización para revelar.

## **L. Salud o Seguridad.**

Podríamos utilizar o revelar su PHI para prevenir o aminorar una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad de una persona o del público.

## **M. Funciones Especializadas del Gobierno.**

Podríamos utilizar y revelar su PHI a las unidades del gobierno con funciones especiales, tales como el servicio militar de los EE.UU. o el Departamento de Estado de los EE.UU. bajo ciertas circunstancias.

## **N. Compensación al Trabajador.**

Podríamos revelar su PHI como es autorizado por y para el alcance necesario a cumplir con la ley de California relacionada con la compensación al trabajador u otros programas similares.

## **O. Como Lo Ordene La Ley.**

Podríamos utilizar y revelar su PHI cuando se ordena que se haga por cualquier otra ley que no se haya referido en las categorías precedentes.

# **IV. Usos y Revelaciones que Requieren de su Autorización Escrita**

## **A. Uso o Revelaciones con Su Autorización.**

Para cualquier propósito aparte de los que están señalados anteriormente en la Sección III, sólo podríamos utilizar o revelar su PHI cuando usted nos concede su autorización por escrito en nuestro formulario de autorización ('Su Autorización'). Por ejemplo, usted tendrá que facilitar un formulario de autorización antes que nosotros podamos enviar su PHI a su compañía de seguro de vida o al abogado representando a la otra parte en un litigio en el cual usted está involucrado.

## **B. Mercadotecnia.**

Nosotros también debemos obtener su autorización por escrito ('Su Autorización de Mercadotecnia') antes de utilizar su PHI para enviarle a usted materiales de mercadotecnia. (Podemos, sin embargo, proporcionarle a usted materiales de mercadotecnia en un encuentro cara a cara sin obtener Su Autorización de Mercadotecnia. También nos es permitido darle a usted un obsequio promocional de valor nominal, si lo deseamos, sin obtener Su Autorización de Mercadotecnia.) Además, podríamos comunicarnos con usted sobre productos o servicios relacionados a su tratamiento, gestión de caso o coordinación de cuidados, o tratamientos alternativos, terapias, proveedores o parámetros de cuidados sin Su Autorización de Mercadotecnia.

## **C. Usos y Revelaciones de Su Información Altamente Confidencial.**

Además, las leyes federales y estatales requieren de protecciones especiales de privacidad para ciertos datos altamente confidenciales sobre usted, incluyendo el subgrupo de su PHI que: **(1)** se conserva en notas de psicoterapia; **(2)** trata sobre servicios de salud mental y de discapacidades evolutivas; **(3)** trata sobre prevención, tratamiento y referencia de abuso de alcohol y drogas; **(4)** trata sobre pruebas, diagnóstico o tratamiento de VIH/SIDA; **(5)** trata sobre enfermedad(es) contagiosa(s); **(6)** trata sobre pruebas genéticas; **(7)** trata sobre maltrato infantil y negligencia; **(8)** trata sobre maltrato doméstico y de ancianos o **(9)** trata sobre violación sexual. Para que nosotros podamos revelar su información altamente confidencial por un propósito aparte de aquellos permitidos por ley, debemos obtener su autorización por escrito. De conformidad con la ley federal y de California, existen situaciones específicas en las cuales pueda revelarse información altamente confidencial sin la autorización del paciente:

### **1. La Información Sobre Abuso de Sustancia Podría ser Liberada en las Sigüientes Situaciones:**

- Personal del Programa: Comunicado de información entre o en medio del personal que necesite tales datos para diagnosticar, tratar o referir para tratamiento de abuso de alcohol o drogas, si los comunicados son entre un programa y una entidad que tenga control administrativo directo sobre el programa.
- Organismos Competentes de Servicio: Comunicados entre un programa y un organismo competente de servicio sobre información necesitada por el organismo para proveer los servicios al programa.
- Delitos en las Instalaciones del Programa o Contra el Personal del Programa: Comunicados del personal del programa hacia los oficiales de cumplimiento de la ley que están directamente relacionados a la comisión de un delito por parte del paciente en las instalaciones del programa o contra el personal del programa o a una amenaza de cometer dicho delito y están limitados a las circunstancias de los incidentes.
- Informes de Maltrato Infantil: Informes sobre sospechas de maltrato infantil y negligencia bajo la ley de California a las autoridades apropiadas.
- Administración de Veteranos y Fuerzas Armadas: Ciertas excepciones aplican a los registros y datos mantenidos por la Administración de Veteranos y las Fuerzas Armadas.
- Emergencias Médicas: Podría revelarse información al personal médico que necesite la información a fin de tratar una condición que presente una amenaza inmediata a la salud de cualquier individuo y la cual requiera de intervención médica

inmediata.

- **Actividades de Investigación:** La información podría ser revelada para el propósito de llevar a cabo investigaciones científicas si el director del programa determina que el beneficiario de la información que identifique al paciente es competente para conducir la investigación y tiene un protocolo de investigación bajo el cual los datos que identifiquen al paciente serán conservados de acuerdo a los requisitos específicos de seguridad bajo los reglamentos.
- **Actividades de Auditoría y de Evaluación:** La información podría ser revelada para auditoría por una agencia gubernamental federal, estatal o local apropiada que facilita asistencia financiera al programa o está autorizada por ley a regular sus actividades; un tercer pagador que cubre pacientes en el programa; una persona o entidad particular que facilita asistencia financiera al programa; un organismo de revisión de colegas que efectúa revisión de utilización o control de calidad; o una entidad autorizada a conducir una auditoría o evaluación de Medicare o Medicaid.

## **2. Los reportes de sospecha de maltrato infantil o de negligencia y la información contenida en ellos podrían ser revelados sólo a:**

- Autoridades de cumplimiento de la ley
- Agencia de bienestar a la niñez
- Agencia para emisión de licencias (la agencia estatal responsable por emitir licencia a la agencia en cuestión).

## **3. Los Reportes de Abuso a Ancianos y a Adultos Dependientes podrían ser Revelados Sólo en Estas Situaciones a Continuación:**

- La información relevante al incidente de abuso de anciano o adulto dependiente podría ser dada a un investigador de una agencia de servicios de protección a adultos, una agencia local de cumplimiento de la ley, la Oficina de fraude de Medi-Cal, o los investigadores del Departamento de Asuntos al Consumidor, División de Investigación que están investigando el caso conocido o sospechado de abuso de ancianos o de adultos dependientes.
- Las personas que están entrenadas y capacitadas para prestar

servicio en equipos multi disciplinarios de personal podrían revelar entre sí la información y los registros que son relevantes a la prevención, la identificación, o el tratamiento de abuso a ancianos o a adultos dependientes.

- El proveedor de atención médica podría revelar la información médica en conformidad con la Ley de Confidencialidad de Información Médica.
- El proveedor de atención médica podría revelar la información sobre salud mental de acuerdo a la ley de California.
- La información de reportes y las investigaciones de abuso a ancianos, a reserva de la identidad de las personas que han hecho los reportes.
- La información pertinente a los reportes de profesionales de salud de las personas que padecen de lesiones físicas producidas mediante una arma de fuego o, de las personas padeciendo de lesión física donde la lesión es un resultado de conducta asaltante o abusiva.
- La información protegida por los privilegios de doctor-paciente o de paciente de psicoterapeuta.

#### **4. Los Resultados de las Pruebas de VIH Podrían ser Revelados a las Sigüientes Personas Sin la Autorización Escrita de la Persona Materia de la Prueba:**

- A la persona materia de la prueba o a su representante legal, al guardián de la persona o a cualquier persona autorizada para dar el consentimiento del acto.
- Al proveedor de atención médica de la persona materia de la prueba, como lo define la ley de California.
- A un agente o empleado del proveedor de atención médica de la persona materia de la prueba que proporciona cuidados directos y tratamiento al paciente.
- A un proveedor de atención médica quien procura, procesa, distribuye o utiliza una parte del cuerpo humano donada en conformidad con la Ley Uniforme de Obsequio Anatómico.
- Al oficial designado de un empleado de respuesta de emergencia (como se utilizan esos términos en la Ley Comprensiva Ryan White de Recursos de Emergencia de SIDA de 1990).
- A una organización de adquisición, un médico forense o un médico legista en relación con donación de órgano.
- A un trabajador de atención médica que ha sido expuesto a materiales potencialmente infecciosos de un paciente, siempre y cuando se hayan seguido procedimientos estrictos de prueba y



consentimiento.

- A categorías específicas de personas, donde la prueba ha sido efectuada en un acusado de delito según la ley de California.
- A un oficial a cargo de instalaciones de reclusión correccional para adultos o juveniles donde un reo o menor de dicha instalación haya sido expuesto o infectado por el virus SIDA o tiene una condición relacionada con SIDA u otra enfermedad contagiosa.

## **5. Enfermedades Contagiosas:**

- Las instalaciones y clínicas de atención médica deben establecer procedimientos administrativos para asegurar que los informes se hacen para los oficiales locales de salud.
- Donde no está presente un proveedor de atención médica, cualquier individuo que tenga conocimiento de una persona que se sospeche tener una enfermedad que amerite ser declarable bajo la ley de California, puede hacer un informe al oficial local de salud para la jurisdicción en donde vive el paciente.
- Las notificaciones de enfermedad deben incluir, si se conoce, la siguiente información: el nombre de la enfermedad o condición; la fecha del síntoma inicial; la fecha del diagnóstico; el nombre, domicilio, número telefónico, ocupación, raza/grupo étnico, número de seguro social, género, edad, y la fecha de nacimiento del paciente; la fecha de muerte cuando corresponda; y el nombre, domicilio y número telefónico de la persona haciendo el informe.

## **6. La Liberación de Información de Salud Mental y Discapacidad Evolutiva Requiere de la Autorización Escrita del Paciente, Únicamente para las Personas Listadas a Continuación:**

- Al abogado del paciente, al presentar la liberación de autorización de información ya firmada por el paciente. Si el paciente es incapaz de firmar, la instalación puede liberar los registros al abogado, si el personal ha determinado que el abogado representa los intereses del paciente.
- Una persona designada por el paciente, siempre y cuando el profesional a cargo del paciente da aprobación; no se requiere consentimiento del paciente.
- Una persona designada por escrito por un padre, tutor,

guardián, o custodio de juicio del paciente si el paciente es un menor, protegido de la corte o beneficiaria del guardián; no se requiere consentimiento del paciente.

- Una persona profesional que no tiene responsabilidad médica o psicológica para los cuidados del paciente y que no está empleada por la instalación que mantiene los registros.
- Una compañía aseguradora de vida o discapacidad, siempre y cuando el paciente designe a la compañía aseguradora por escrito.
- Un doctor o psiquiatra competente que representa a un empleador a quien el paciente ha solicitado empleo a no ser que el doctor y oficial administrativo responsable del cuidado del paciente considere que la liberación es contraria al mejor interés del paciente.
- Un oficial de probatoria responsable de la evaluación de una persona después de su condena de un delito, si la persona ha sido previamente recluido en una instalación, o sino tratado en ella.
- Una solicitud para, o recibo de, servicios del Departamento de Servicios Evolutivos del estado (o el representante autorizado de la persona) para el propósito de apelar una competencia adversa o decisión de beneficios.
- El defensor de los derechos de un paciente del condado al presentar autorización escrita, firmada por el paciente que es el 'cliente' del defensor o por el custodio de juicio del 'cliente'.

## **V. Sus Derechos Referente a Sus Datos Protegidos de Salud**

### **A. Para Mayor Información /Quejas.**

Si usted desea mayor información sobre sus derechos de privacidad, le inquieta que hayamos violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre el acceso a su PHI, usted puede contactar a nuestra Oficina de Privacidad. También puede presentar quejas escritas ante el Director de la Oficina para Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Al solicitarlo, la Oficina de Privacidad le proporcionará a usted el domicilio correcto para el Director. Nosotros no tomaremos represalias en su contra si usted presenta una queja con nosotros o con el Director.

### **B. Derecho a Solicitar Restricciones Adicionales.**

Usted podría solicitar restricciones sobre nuestro uso y revelación de su PHI: **(1)**

para tratamiento, pagos y operaciones de atención médica, (2) a individuos (tales como miembro de familia, otro pariente, amistad cercana personal o cualquier otra persona identificada por usted) que participa en su atención o con el pago relacionado a su atención, o (3) para notificar o asistir en la notificación a dichos individuos referente a su ubicación y condición en general. Aunque consideremos detenidamente todas las solicitudes adicionales para restricciones, no estamos obligados a estar de acuerdo con una restricción solicitada. Si usted desea pedir restricciones adicionales, por favor obtenga un formulario de solicitud de la Oficina de Privacidad y presente el formulario completado a la Oficina de Privacidad. Nosotros le enviaremos a usted una respuesta por escrito.

### **C. Derecho a Recibir Comunicados Confidenciales.**

Usted podría solicitar, y nosotros podríamos ser acomodatícios, a cualquier solicitud razonable por escrito para que usted reciba su PHI mediante medios alternativos de comunicación o en ubicaciones alternativas.

### **D. Derecho a Revocar Su Autorización.**

Usted puede revocar su autorización, su autorización de mercadotecnia o cualquier autorización por escrito que se haya obtenido en conexión con sus datos altamente confidenciales, excepto hasta el grado que hayamos tomado acción en depender en ellos, al entregar una declaración escrita de revocación a la Oficina de Privacidad identificada abajo.

### **E. Derecho a Inspeccionar y Reproducir Sus Datos de Salud.**

Usted podría solicitar acceso a su expediente clínico y a los registros de facturación mantenidos por nosotros a fin de inspeccionar y solicitar copias de los registros. Bajo circunstancias limitadas, podríamos denegar su acceso a una porción de sus registros. Usted debe tomar en cuenta que, si usted es el padre, madre o tutor legal de un menor, ciertas porciones del expediente clínico del menor no serán accesible a usted (por ejemplo, registros pertenecientes a los servicios de atención médica para los cuales el menor puede legalmente dar consentimiento y de ahí que el menor tenga el derecho de inspeccionar u obtener copias del registro (por ej., aborto o tratamiento de salud mental); o el proveedor de atención médica determina, de buena fe, que el acceso del representante al registro solicitado del paciente tendría un efecto perjudicial a la relación profesional del proveedor con el paciente menor o a la seguridad física o bienestar psicológico del menor. Si usted desea acceso a su expediente, por favor obtenga un formulario de solicitud de registro de la Oficina de Registros Médicos y presente el formulario completado a la Oficina de Registros Médicos. Si usted solicita copias, le cobraremos veinticinco centavos (\$0.25) por cada página y el costo real de tiempo de oficinista y las copias de radiografías y trazos de EEG, ECG y EMG. También vamos a cobrarle a usted nuestro costo de franqueo, si usted pide que le enviemos las copias por correo a usted.

## **F. El Derecho a Enmendar Sus Registros.**

Usted tiene el derecho a pedir que nosotros enmendemos los Datos Protegidos de Salud conservados en su expediente clínico o en sus registros de facturación. Si usted desea enmendar sus registros, por favor obtenga un formulario de solicitud de enmienda de la Oficina de Registros Médicos y presente el formulario completado a la Oficina de Registros Médicos. Nosotros cumpliremos con su pedido a no ser que percibamos que los datos que serían enmendados son exactos y completos u otras circunstancias especiales aplican.

## **G. Derecho a Recibir una Contabilidad de...**

Si usted lo solicita, usted puede obtener una contabilidad de ciertas revelaciones de su PHI hecha por nosotros durante algún periodo de tiempo antes de la fecha de su petición, siempre y cuando dicho periodo no pase de seis años y no aplique a revelaciones que hayan sucedido antes del 14 de abril de 2003. Si usted solicita una contabilidad más de una vez durante un periodo de doce (12) meses, le cobraremos los costos reales de la preparación de las declaraciones de contabilidad por cada solicitud posterior.

## **H. Derecho a Recibir Copias de Papel de este Aviso.**

Si usted lo solicita, usted puede obtener una copia en papel de este Aviso, aunque usted haya accedido a recibir dicho aviso electrónicamente.

# **VI. Fecha de Vigencia y Duración de Este Aviso**

## **A. Fecha de Vigencia.**

Este aviso entra en vigencia el 14 de abril de 2003.

## **B. Derecho a Cambiar los Términos de este Aviso.**

Nosotros podemos cambiar los términos de este aviso en cualquier momento. Si nosotros cambiamos este aviso, podremos hacer que los términos del nuevo aviso entren en vigor para todos los Datos Protegidos de Salud que nosotros conservamos, incluyendo cualquier información creada o recibida antes de emitir el nuevo aviso. Si cambiamos este aviso, publicaremos el nuevo aviso en las áreas de espera alrededor del Hospital y en nuestra página Web de Internet en [www.redlandshospital.org](http://www.redlandshospital.org). Usted también podría obtener cualquier nuevo aviso al contactar la Oficina de Privacidad.

## **VII. Oficina de Privacidad**

Usted puede contactar a la Oficina de Privacidad en:

Oficina de Privacidad

Redlands Community Hospital

350 Terracina Boulevard

Redlands, CA 92373

Número de Teléfono: (909) 335-5505

E-mail: [Privacy.Officer@redlandshospital.org](mailto:Privacy.Officer@redlandshospital.org).

[\(regreso a la portada de Políticas de Privacidad de RCH\)](#)

[\(regreso a la portada de RCH\)](#)