



**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD  
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

REVÍSELO ATENTAMENTE.

*Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, comuníquese con la Oficina de Privacidad de City of Hope al (626) 256-4673, ext. 88084 o por correo electrónico a [PrivacyOffice@coh.org](mailto:PrivacyOffice@coh.org).*

**I. Nuestra obligación de resguardar la privacidad de su información de salud**

**Our Obligation to Safeguard the Privacy of Your Health Information**

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información de salud protegida (*protected health information*, "PHI"), a proporcionarle un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI, y a notificarle en caso de violación de la privacidad de su PHI. Este Aviso describe sus derechos y nuestras obligaciones para usar y divulgar su PHI, y le informa sobre las leyes que brindan protecciones especiales para su PHI.

Este Aviso resume las prácticas de privacidad de los proveedores de atención médica dentro de la Entidad cubierta afiliada (*Affiliated Covered Entity*, ACE) de City of Hope, que son instituciones de atención médica y otros proveedores de atención médica que ahora o en el futuro están controlados por o bajo el control o propiedad común de City of Hope. Los miembros de la ACE de City of Hope se encuentran en California, Arizona, Georgia e Illinois. Los componentes de atención médica de cualquier entidad híbrida actual o futura bajo propiedad o control común de City of Hope también se incluyen como parte de la ACE de City of Hope.

Este Aviso abarca las prácticas de privacidad de todos los profesionales de atención médica, empleados, personal por contrato, estudiantes y voluntarios de las ubicaciones de City of Hope detalladas en <https://www.cityofhope.org/locations>.

Este Aviso no se aplica a la atención que recibe de profesionales de atención médica en sus consultorios que no se encuentran en ningún centro de práctica de City of Hope. Su médico o profesional de atención médica puede tener sus propias políticas y procedimientos con respecto a su PHI, y usted debe revisar el aviso de las prácticas de privacidad del profesional de atención médica para obtener información sobre cómo se manejará su PHI fuera de COH. Todas las personas y entidades enumeradas anteriormente comparten su PHI entre sí según sea necesario para llevar a cabo el tratamiento, para obtener pagos o para realizar actividades operativas.

Siempre que usamos o divulguemos su PHI, debemos cumplir los términos de este Aviso.

**II. Cómo podemos usar y divulgar su información personal de salud (PHI)**

**How We May Use and Disclose Your Personal Health Information (PHI)**

• **Sin que se requiera autorización**

Usaremos y divulgaremos su PHI cuando lo exijan las leyes federales, estatales o locales. Además, también es posible que usemos o divulguemos su PHI según lo autorice la ley vigente. Las siguientes categorías describen los usos y divulgaciones que hacemos con respecto a su PHI. Cada categoría de uso o divulgación incluye ejemplos, aunque no se enumera cada ejemplo posible de uso o divulgación.

City of Hope

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Form No. 8610-S038-S

Revised: 09/23

Reviewed: 09/23

Photocopy to Patient

Page 1 of 9

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD  
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

- **Para proporcionar tratamiento**

Podemos usar o divulgar su PHI según sea necesario para proporcionarle tratamiento. Por ejemplo, su médico usa su PHI para determinar si deben solicitarse pruebas de diagnóstico, terapias y medicamentos específicos. Durante su visita, su médico puede entregarle una parte de su historia clínica, como un informe de laboratorio o instrucciones para el alta, para ayudarlo a comprender su atención actual. Los médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina u otros miembros del personal pueden necesitar conocer y/o analizar sus problemas de salud para implementar el tratamiento y para saber cómo evaluar su respuesta al tratamiento. Los diferentes departamentos o centros de COH pueden compartir su PHI a fin de coordinar lo que usted necesita, como recetas, análisis de laboratorio y radiografías. También es posible que se comparta su PHI con personas fuera de COH que pueden estar involucradas en su atención médica para la continuidad de la atención, por ejemplo, si se lo traslada a otro centro.

- **Recordatorios de citas, resultados de sus exámenes, alternativas de tratamiento, etc.**

Su PHI también se puede utilizar para comunicarse con usted (por teléfono, por correo electrónico, mediante el portal para pacientes, por mensaje de texto o por carta) para recordarle sus citas, informarle los resultados de sus exámenes de diagnóstico y para informarle sobre las alternativas de tratamiento.

- **Beneficios y servicios relacionados con la salud**

Su PHI puede utilizarse para informarle los beneficios y servicios relacionados con la salud que brinda COH que pueden interesarle, lo que incluye clases educativas, eventos especiales y grupos de apoyo. Por ejemplo, COH patrocina muchos eventos anuales de atención médica que pueden ser de interés para nuestros pacientes, como la Feria de salud relacionada con la diabetes, la Campaña anual de trasplante de médula ósea y el Picnic pediátrico.

- **Intercambios de información de salud**

Es posible que participemos en determinados intercambios de información de salud en los cuales podemos divulgar su información de salud, según lo permita la ley, a otros proveedores o entidades de atención médica a los fines del tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica y otros fines legales, como se describe en este Aviso. Los intercambios de información de salud ayudan a mejorar la calidad de la atención al paciente y a reducir los costos. Para obtener más información sobre nuestros acuerdos de intercambio de información de salud, incluida la información sobre su capacidad de solicitar ser excluido de dichos intercambios, puede comunicarse con el representante de los Servicios de gestión de información de salud (*Health Information Management Services, HIMS*) de COH en su centro de servicio de COH.

- **Para recibir pagos**

Si tiene seguro médico y facturamos directamente a su seguro, tendremos que incluir información que lo identifique, además de su diagnóstico, los procedimientos y los insumos utilizados para recibir compensación por el tratamiento proporcionado. Por ejemplo, es posible que necesitemos darle a su plan de salud información sobre una cirugía que recibió en COH para que su plan de salud nos pague o reembolse la cirugía. También es posible que informemos a su plan de salud sobre un tratamiento que usted está por recibir para obtener aprobación previa o determinar si su plan cubrirá el tratamiento. También es posible que divulguemos su PHI a otros proveedores de atención médica o entidades cubiertas por la ley HIPAA que puedan necesitarla para sus actividades de pago.

**City of Hope**

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD  
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

- **Para realizar operaciones de atención médica**

Usaremos su PHI para ayudar a llevar adelante nuestras operaciones. COH puede almacenar su PHI para llevar adelante operaciones de atención médica. Como centro médico académico que participa en educación e investigación médica, es posible que usemos su información para enseñar y capacitar al personal y a los alumnos en atención al paciente. Podemos usar su PHI para supervisar nuestros servicios de salud con fines de evaluación y mejoramiento de la calidad. Podemos usar su PHI para enviar encuestas de pacientes y usar las respuestas proporcionadas como parte de esas encuestas para mejorar nuestras operaciones y la atención al paciente. También es posible que divulguemos su PHI a otras entidades cubiertas por la ley HIPAA que le han prestado servicios para que puedan mejorar la calidad y la eficacia de los servicios de atención médica que prestan. Podemos usar su PHI para crear datos anonimizados, a los cuales se les eliminan sus datos identificables, ya no pueden identificarlo, y no están protegidos por la ley HIPAA. Es posible que utilicemos y divulguemos datos anonimizados con fines diversos, incluso con fines de investigación para desarrollar tratamientos nuevos, y que podemos recibir un beneficio económico a partir de estos.

- **Para realizar actividades de recaudación de fondos**

Podemos divulgar información limitada sobre usted (como por ejemplo su nombre, dirección, número de teléfono, las fechas en que recibió los servicios y otra información limitada) a nuestra rama filantrópica que recauda dinero en nombre de COH y cualquier fundación institucional relacionada con COH. Esta divulgación limitada permite que se comuniquen con usted con el objeto de recaudar fondos para expandir y financiar los servicios de atención médica que ofrecemos, los programas educativos que brindamos a la comunidad y la investigación que realizamos para encontrar la cura de enfermedades potencialmente mortales. Tiene derecho a optar por no recibir comunicaciones de este tipo.

- **Para el directorio de pacientes**

Mientras esté hospitalizado o sea paciente de cirugía ambulatoria o en observación en COH, incluiremos determinada información limitada sobre usted, como nombre, ubicación, estado general (p. ej., bueno, estable, etc.) y su afiliación religiosa, en nuestro directorio de pacientes. Esta información se divulga para que sus familiares, amigos y miembros del clero puedan visitarlo y enterarse de su estado en general. Durante el proceso de admisión, tendrá la oportunidad de optar por que no se incluya su información en el directorio de pacientes. A menos que usted solicite lo contrario, la información del directorio de pacientes, excepto su afiliación religiosa, será divulgada a las personas que pregunten por usted por su nombre. La información sobre su afiliación religiosa se puede dar a un miembro del clero, como por ejemplo un sacerdote o rabino, incluso si no preguntan por su nombre. Si no desea que divulguemos esta información general que lo identifica del directorio de pacientes, notifique al representante de admisiones de COH en el registro o en cualquier momento durante su admisión.

- **Para informar a las personas que participan en su atención o en el pago de su atención; asistencia en casos de catástrofe**

A menos que usted se oponga, podemos divulgar su PHI a un familiar, otra persona relacionada, un amigo o cualquier otra persona que usted identifique, la cual participa en su atención médica o ayuda a pagar su atención médica.

**City of Hope**

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD  
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

En una situación de emergencia o en caso de que usted esté incapacitado, podemos usar nuestro criterio profesional para determinar si una divulgación a una persona en particular sería lo mejor para usted. Divulgaremos solo la información que consideremos directamente relevante para la participación de la persona en su atención médica o el pago de su atención médica. Además, podemos divulgar su PHI a una entidad que ayude en un esfuerzo de asistencia en catástrofes para que se pueda notificar a su familia con respecto a su condición, su estado y su ubicación.

- **Con fines de investigación**

Es posible que usemos su PHI para proyectos de investigación. Todos los proyectos de investigación que involucran PHI están sujetos a un proceso de aprobación especial realizado por un Comité de Revisión Institucional (*Institutional Review Board*, "IRB") con el fin de garantizar el correcto acceso y uso de su información. A menos que el IRB haya emitido una exención de consentimiento informado y autorización, pediremos su permiso por escrito ("consentimiento informado" y "autorización") antes de que un investigador tenga acceso a su nombre, dirección u otra información que revele su identidad. En algunos casos, antes de comenzar un estudio o antes de inscribirlo como sujeto en un estudio, es posible que su PHI se divulgue sin su consentimiento informado y autorización. Esto se hará en casos limitados, en cumplimiento de la ley y como parte de la misión de investigación de COH. Por ejemplo, podemos divulgar información médica limitada sobre usted a personas que están preparando un nuevo proyecto de investigación, para ayudarlas a buscar pacientes con afecciones médicas específicas y/o para evaluar la viabilidad de una idea de investigación (reclutamiento de sujetos y revisiones preparatorias de la investigación).

- **Asociados comerciales**

Es posible que contratemos a terceros para que nos presten determinados servicios, tales como servicios de facturación, de copias o de consultoría. Estos terceros proveedores, a los que se conoce como asociados comerciales, pueden necesitar acceder a su PHI para prestarnos servicios. Están obligados, por contrato y por la ley, a proteger su PHI y solo usarla y divulgarla en la medida necesaria para prestarnos servicios.

**Otros usos requeridos o permitidos por ley:**

- **Requerido por ley** - Podemos divulgar su PHI cuando nos lo exijan las leyes federales, estatales o locales.
- **Actividades de salud pública** - Podemos divulgar su PHI para actividades autorizadas de salud pública, por ejemplo, para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; para transmitir información sobre productos y servicios según lo exija o lo permita la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos; para informar a su empleador, según lo exijan las leyes referidas a enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo o la supervisión médica en el lugar de trabajo.
- **Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica** - Si consideramos razonablemente que usted es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, podemos divulgar su PHI a una autoridad gubernamental, incluida una agencia de servicios sociales o servicios de protección autorizada por ley para recibir denuncias de dicho abuso, negligencia o violencia doméstica, si usted aceptó o si la ley permite dichas denuncias y nosotros consideramos que son necesarias para evitar daños graves a usted o a otras personas.

**City of Hope**

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD  
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

- **Actividades de supervisión de salud** - Podemos divulgar su PHI a una agencia de supervisión de salud responsable de garantizar el cumplimiento de las reglas de los programas gubernamentales de salud, como por ejemplo Medicare o Medicaid.
- **Procedimientos judiciales y administrativos** - Podemos divulgar su PHI en el transcurso de un procedimiento judicial o administrativo en respuesta a: (a) una orden de un tribunal, (b) una orden legalmente válida emitida por una agencia administrativa estatal o federal o un consejo de licencia; y (c) una citación, solicitud de información o en cumplimiento de un proceso legítimo según la ley aplicable.
- **Funcionarios del cuerpo de seguridad** - Podemos difundir su PHI a la policía u otros funcionarios del cuerpo de seguridad en ciertas circunstancias específicas y limitadas o en cumplimiento de una orden judicial u otro proceso legal en cumplimiento de la ley vigente.
- **Difuntos** - Podemos divulgar su PHI a un forense, médico forense o director de funeraria para que puedan realizar sus tareas.
- **Obtención de órganos y tejido** - Podemos divulgar su PHI a entidades involucradas en la obtención, conservación en bancos o trasplante de órganos, ojos o tejido cadavéricos a los fines de facilitar la donación y el trasplante.
- **Salud o seguridad** - Podemos usar o divulgar su PHI para prevenir o disminuir una amenaza seria e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público.
- **Funciones especializadas del gobierno** - Podemos usar y divulgar su PHI a unidades del gobierno con funciones especiales, tales como las fuerzas militares de los Estados Unidos o el Departamento de Estado de los Estados Unidos, en ciertas circunstancias. También podemos divulgar su PHI a ciertas autoridades si usted está en custodia de las fuerzas de seguridad o es un interno en una institución correccional.
- **Compensación de los trabajadores** - Podemos divulgar su PHI según esté autorizado y en el grado necesario para cumplir con leyes estatales relacionadas con la compensación de trabajadores u otros programas similares.
- **Nota sobre otras restricciones** - Tenga en cuenta que las leyes de California pueden imponer requisitos más estrictos sobre cómo usamos y divulgamos ciertos tipos de PHI de lo que exige la HIPAA, inclusive para categorías de PHI que no se consideran de naturaleza altamente sensible. En la medida que haya requerimientos o restricciones más estrictos, solamente usaremos y divulgaremos su PHI según lo permitan esos requerimientos más estrictos.

**III. Usos y divulgaciones que requieren su autorización por escrito**

***Uses and Disclosures Requiring Your Written Authorization***

**Uso o divulgación con su autorización por escrito (Autorización para COH)**

- Para cualquier fin fuera de los descritos en este Aviso, podemos utilizar o divulgar su PHI solamente cuando tengamos su autorización por escrito para hacerlo. Si usted firma una autorización para divulgar información, excepto en la medida en la cual ya hayamos confiado, puede revocar esa autorización en un momento posterior para detener cualquier uso o divulgación de su PHI en el futuro. Si desea revocar una autorización previa, debe hacerlo por escrito dirigido a: Health Information

**City of Hope**

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

Management Services (HIMS), City of Hope, 1500 East Duarte Rd., Duarte, CA 91010, o presentarlo en cualquier centro de servicio de COH.

- **Usos y divulgación de su información altamente confidencial**  
Las leyes federales y estatales requieren protecciones especiales de la privacidad para determinada información sensible sobre usted tal como la información sobre el VIH o la información relacionada con el tratamiento para una enfermedad mental o el abuso de fármacos o alcohol ("información altamente confidencial"). Cumplimos con todas las leyes estatales y federales vigentes que rigen el uso y la divulgación de información altamente confidencial. Obtendremos su autorización por escrito para usar y divulgar esta información, incluidas las notas de psicoterapia, cuando así lo exijan dichas leyes.
- **Usos y divulgación para fines de comercialización o venta de información**  
Con limitadas excepciones establecidas por las leyes federales y estatales, COH no usará ni divulgará su PHI a los fines de hacer comunicaciones dirigidas a usted sobre productos o servicios que lo alienten a comprar o usar los productos o servicios sin obtener previamente su autorización por escrito.

#### **IV. Sus derechos con respecto a su información personal de salud**

##### **Your Rights Regarding Your Personal Health Information**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto al uso y divulgación de PHI que nosotros mantenemos sobre usted:

##### **Derecho a solicitar restricciones adicionales sobre la divulgación/el uso**

Usted puede solicitar restricciones sobre nuestro uso y divulgación de su PHI para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar restricciones sobre la PHI que divulguemos a alguien que está involucrado con su atención o pago para esa atención, tales como un miembro de la familia o un amigo. Si bien consideraremos cuidadosamente todas las solicitudes de estas restricciones, no estamos obligados a aceptar una restricción solicitada, excepto las restricciones solicitadas sobre la divulgación de su PHI a un plan de seguro de salud a los fines de pago u operaciones de atención médica si la PHI concierne solamente al servicio que usted ha pagado de su bolsillo, por completo; a menos que la divulgación se requiera por ley. Si desea solicitar restricciones adicionales, puede obtener, completar y enviar un *Formulario de solicitud de restricción sobre los usos y la divulgación de PHI* al representante de HIMS en su centro de servicio de COH. COH le enviará una respuesta por escrito aceptando o denegando su solicitud.

- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales/ Cómo nos comunicamos con usted.**  
Usted puede hacer, y nosotros nos adaptaremos, cualquier solicitud razonable para recibir su PHI por medios alternativos de comunicación o en lugares alternativos. Por ejemplo, puede pedir que solamente lo contactemos en su trabajo o por correo postal. Debe enviar su solicitud a: Privacy Office, City of Hope, 1500 East Duarte Road, Duarte, CA 91010 o por correo electrónico a [PrivacyOffice@coh.org](mailto:PrivacyOffice@coh.org).
- **Aviso especial por correo electrónico, mensajes de texto y nuestro portal para pacientes:**  
Puede resultarle conveniente comunicarse con COH, incluido un miembro de su equipo de tratamiento, por correo electrónico. Si bien nos podemos comunicar con usted por correo electrónico si así lo solicita usted o si usted inicia comunicaciones por correo electrónico con nosotros, tenga en cuenta que las comunicaciones por correo electrónico y mensaje de texto estándar no están encriptadas y no

**City of Hope**

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

son seguras. COH no puede proteger la confidencialidad de su PHI mientras se transmite por internet o mediante mensaje de texto y no puede evitar que se reenvíe su PHI a terceros una vez que fue enviada. Para que sus comunicaciones con nosotros sean cómodas y seguras, hemos implementado nuestro portal para pacientes, MyCityofHope, que le permite solicitar citas, realizar el seguimiento de los resultados de sus exámenes, comunicarse con su equipo de atención, pagar facturas en línea y más en forma segura. Lo alentamos a usar MyCityofHope, en lugar del correo electrónico, para comunicarse con nosotros, de modo que podamos mantener las comunicaciones privadas y seguras. Para obtener información sobre cómo usar MyCityofHope, visite la página de preguntas frecuentes de MyCityofHope en:

<https://www.cityofhope.org/patients/for-patients-and-visitors/online-services/mycityofhope-faqs> o comuníquese con un miembro de su equipo de tratamiento.

- **Derecho a acceder a su registro de COH**

Usted tiene el derecho a ver o solicitar una copia de su historia clínica, sus registros contables y otra PHI guardada por COH. Debe hacer su solicitud por escrito o usar el formulario de *Autorización para utilizar y divulgar información de salud protegida* que COH ha creado para que le resulte más cómodo solicitar acceso a su PHI. Puede obtener este formulario en cualquier centro de servicio de COH o llamando al representante de HIMS de su centro de servicio de COH. Puede enviar la solicitud completada a su centro de servicio de COH o por correo electrónico a DL-HIMS\_SUPPORT\_ROI@COH.ORG. También puede solicitar acceso a su PHI a través del portal para pacientes MyCityofHope. Para obtener más información sobre MyCityofHope, visite la página de preguntas frecuentes de MyCityofHope en <https://www.cityofhope.org/patients/for-patients-and-visitors/online-services/mycityofhope-faqs>. Es posible que se le cobre un arancel razonable con base en costos por las copias proporcionadas, según lo permita la ley. También es posible que le cobremos por gastos de estampillas, si pide que le enviemos las copias por correo postal.

Usted tiene derecho a solicitar que le proporcionemos su PHI solicitada ya sea a usted, o a otra persona designada por usted. Si usted solicita que le proporcionemos su PHI a otra persona designada por usted, debe identificar claramente por escrito a la persona designada y a dónde debemos enviar la copia de su PHI, y firmar su solicitud.

Podemos negarnos a su solicitud de inspeccionar y obtener copia en determinadas circunstancias muy limitadas. Si se le niega acceso a información médica, usted puede solicitar que la negación se revise.

- **Derecho a enmendar su registro de COH**

Si cree que la información de su historia clínica es incorrecta o está incompleta, tiene el derecho a solicitar, por escrito, que enmendemos su historia clínica. Puede enviar su solicitud firmada al representante de HIMS en su centro de servicio de COH. Un formulario de solicitud para este fin está disponible en el sitio web de City of Hope o en cualquier centro de servicio de COH. Podemos negar su solicitud, pero le proporcionaremos una explicación por escrito si lo hacemos, y usted puede apelar a nosotros por escrito. Si negamos su solicitud a enmendar su registro, puede adjuntarse una copia de su solicitud a su registro si nos pide que la archivemos.

City of Hope

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD  
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

- *Si se encuentra solo en CALIFORNIA:* usted también tiene derecho a pedirnos que adjuntemos una adenda a sus registros, que puede tener hasta 250 palabras por cada ítem que usted piense que es incorrecto o está incompleto. Obtenga un formulario para este fin en cualquier centro de servicio de COH. Puede enviar su solicitud firmada al representante de HIMS en su centro de servicio de COH.
- **Derecho a un informe de divulgaciones**  
Tras una solicitud, usted puede obtener una lista (también llamada "informe") de determinadas divulgaciones de su PHI por parte de COH durante cualquier período antes de la fecha de su solicitud, siempre que (a) dicho período no supere los seis años; y (b) no se incluyan las divulgaciones realizadas con fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros fines. Para solicitar un informe, puede obtener y enviar su formulario firmado de *Solicitud de informe* de cualquier centro de servicio de COH.  
  
El primer informe que solicite dentro de un período de 12 meses es sin costo. Por informes adicionales, podemos cobrarle los costos de proporcionarle los informes. Le notificaremos con anticipación los costos involucrados; usted puede elegir retirar su solicitud en ese momento antes de incurrir en un gasto.
- **Derecho a una copia en papel de este Aviso**  
Tras una solicitud, puede obtener una copia en papel de este Aviso, incluso si previamente aceptó recibir este Aviso en forma electrónica. Para obtener una copia en papel de este Aviso, comuníquese con un Defensor del paciente llamando al (626) 256-4673, ext. 82285. También puede obtener una copia en papel en su centro de COH donde obtiene servicios de atención médica.
- **Derecho a obtener más información; quejas**  
Si desea obtener más información sobre sus derechos a la privacidad, le preocupa que nosotros hayamos violado sus derechos a la privacidad o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre su solicitud de ejercer uno de sus derechos a la privacidad, incluidos el acceso a o la enmienda de su PHI, puede comunicarse con la Oficina de Privacidad de COH en City of Hope, 1500 East Duarte Road, Duarte, CA 91010, por correo electrónico a [PrivacyOffice@coh.org](mailto:PrivacyOffice@coh.org), o por teléfono al (626) 218-9962. También puede presentar una queja por escrito al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20201  
Teléfono: 202-619-0257  
Número gratuito: 1-877-696-6775

<https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>

Nosotros no tomaremos represalias ni ninguna acción en su contra si usted presenta una queja a COH o al Secretario.

**City of Hope**

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**



**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD  
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

**V. No discriminación  
Nondiscrimination**

Puede también presentar una demanda de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) en forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en: <https://ocr.portal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, S.W.  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

**VI. Fecha de entrada en vigencia y cambios a este Aviso  
Effective Date and Changes to This Notice**

Este Aviso entra en vigencia el 14/abr./2003 . Nos reservamos el derecho a hacer cambios a este Aviso en cualquier momento. Si cambiamos este Aviso, podemos hacer que los términos del nuevo Aviso tengan vigencia para toda su PHI que ya tenemos como así también para toda la información que podamos recibir en el futuro. Si cambiamos este Aviso, publicaremos el nuevo Aviso en COH y en nuestro sitio web en internet en [www.cityofhope.org](http://www.cityofhope.org). Además, cada vez que se registre en COH o sea ingresado para tratamiento o servicios de atención médica como paciente interno o externo, o en cualquier otro momento, usted puede solicitar una copia del Aviso actual en vigencia.

**City of Hope**

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**