



NATIONWIDE CHILDREN'S

When your child needs a hospital, everything matters.®

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ENTIDAD AFILIADA CUBIERTA DE NATIONWIDE CHILDREN'S

Fecha de vigencia: 16 de febrero de 2026

Este aviso describe la manera en que se puede usar y revelar su información médica y cómo todos los pacientes de la entidad afiliada pueden tener acceso a esta información. Revise este aviso cuidadosamente.

I. Entidades afiliadas cubiertas por este aviso

Este Aviso de prácticas de privacidad ("Aviso") cubre a la entidad cubierta afiliada ("ACE") de Nationwide Children's Hospital. La ACE de Nationwide Children's Hospital (también conocida como "nosotros" o "nos" en este Aviso) incluye a las siguientes entidades:

- Nationwide Children's Hospital
- Center for Child and Family Advocacy en Nationwide Children's Hospital que opera bajo el nombre de Center for Family Safety and Healing
- Children's Radiological Institute
- Pediatric Pathology Associates of Columbus
- Pediatric Academic Association, Inc.
- Children's Anesthesia Associates, Inc.
- Children's Surgical Associates Corporation
- Children's Psychiatrists, LLC
- Children's Physical Medicine and Rehabilitation Physicians, LLC
- Nationwide Children's Hospital Toledo, LLC
- Children's Newborn Medicine, LLC
- Northwest Pediatric Specialists, LLC

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, según sus enmiendas ("Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA"), exige que protejamos la privacidad de su Información de Salud Protegida (Protected Health Information, "PHI") y que le demos este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad. Estamos obligados a notificar a las personas afectadas después de una vulneración a la PHI no protegida. Se nos exige cumplir los términos de este Aviso, que pueden enmendarse cada cierto tiempo. Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso de prácticas de privacidad y de hacer efectiva cualquier nueva práctica correspondiente a información que ya tengamos e información que recibamos en el futuro. Cualquier cambio que se haga a este Aviso de prácticas de privacidad se publicará en el área de Registro del Paciente, en nuestro sitio web (www.nationwidechildrens.org) y estará disponible en su próxima cita.

II. Acuerdo para atención médica

Hemos aceptado participar en un acuerdo para atención médica ("OHCA") con Bon Secours Mercy Health, Inc. ("BSMH").

Compartiremos la PHI con cada participante en el OHCA para el tratamiento, el pago o la operación de la atención médica relacionada con el OHCA, según lo permita de otra manera la ley aplicable, o según lo establecido en este Aviso de prácticas de privacidad. Lo haremos a través del acceso a un expediente médico electrónico compartido ("EHR"). El OHCA se aplica a cualquier afiliado de la entidad cubierta afiliada de Nationwide Children's Hospital que use el expediente médico electrónico compartido de BSMH.

Este Aviso no crea una relación de agencia, empresa conjunta ni ninguna otra relación legal entre cualquier afiliada de la ACE de Nationwide Children's Hospital y BSMH, y ninguna de las partes será responsable por los actos u omisiones de la otra.

III. ¿A qué información se aplica este Aviso?

La información médica protegida, o PHI, es información que usted nos da, o que creamos o recibimos sobre usted, que se relaciona con la condición de salud física o mental pasada, presente o futura del paciente; la prestación de atención médica al paciente; o el pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención médica a un paciente. PHI incluye información demográfica, incluyendo el nombre, dirección, edad, raza y sexo del paciente.

IV. Formas en las que podemos usar o compartir su PHI para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica

Podemos usar o compartir su PHI sin su permiso por escrito (autorización) para muchas actividades que son habituales en los hospitales. Por ejemplo, no necesitamos ninguna autorización de su parte para los siguientes usos y revelaciones:

Para tratamiento. Usamos y compartimos su PHI para prestarle atención médica y otros servicios; por ejemplo, para diagnosticar y tratar su lesión o enfermedad. Además, podemos comunicarnos con usted para darle recordatorios de citas o información sobre opciones de tratamiento. Le podemos contar sobre otros beneficios y servicios relacionados con la salud que podrían interesarle. Es posible que también compartamos su PHI con otros médicos, enfermeros y otras personas implicadas en su atención.

Para obtener o hacer un pago. Podemos usar y compartir su PHI para recibir el pago por los servicios que le prestamos. Por ejemplo, podemos compartir su PHI para pedir y recibir pago de Medicare, Medicaid, su aseguradora médica, la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) u otra compañía o programa que haga los arreglos o pague el costo de alguna parte o toda su atención médica ("su pagador") y que confirme que su pagador pagará la atención médica.

Para desarrollar operaciones de atención médica. Podemos usar y compartir su PHI para nuestras operaciones de atención médica, que incluyen administración, coordinación de la atención, planificación y actividades que mejoren la calidad y reduzcan el costo de la atención que prestamos. Por ejemplo, podemos usar PHI para revisar la calidad y la capacidad de nuestros médicos, enfermeros y otros proveedores de atención médica. Podemos usar su PHI para desarrollar actividades de evaluación de calidad y de mejora, incluyendo la evaluación de resultados y el desarrollo de directrices clínicas. También podemos usar su PHI para participar en actividades de grupos poblacionales relacionadas con mejorar la salud o reducir los costos de la atención médica. Además, es posible que usemos su PHI para darle información sobre programas o productos relacionados con la salud, como programas y tratamientos médicos alternativos.

V. Revelaciones que puede autorizarnos a hacer

No utilizaremos ni compartiremos su PHI sin su autorización, excepto según se describe en este Aviso. La mayoría de los usos y revelaciones de notas de psicoterapia o notas de consejería por trastorno por consumo de sustancias, según corresponda, requieren su autorización. Sujeto a ciertas excepciones limitadas, no podemos usar ni revelar PHI para mercadeo sin su autorización por escrito. No podemos vender PHI sin su autorización por escrito. Puede darnos su autorización por escrito para usar o revelar PHI a cualquier persona para cualquier propósito. Si nos autoriza a usar o revelar dicha información, puede revocar esa autorización por escrito en cualquier momento.

VI. Usos y revelaciones en los que usted tiene la oportunidad de oponerse

Uso o revelación para el directorio de pacientes. Podemos incluir su nombre, situación en el hospital, condición general de salud y afiliación religiosa en un directorio de pacientes sin recibir su autorización por escrito, a menos que nos diga que no quiere que su información esté en el directorio. Se puede compartir la información en el directorio con cualquier persona que pregunte por usted por su nombre o con miembros del clero; sin embargo, su afiliación religiosa se compartirá únicamente con miembros del clero.

Revelaciones a familiares, amigos cercanos y sus otros cuidadores. Podemos compartir su PHI con su familiar, un amigo personal cercano u otra persona que usted identifique, si (1) le damos primero la oportunidad de oponerse a la revelación y no se opone; (2) inferimos que usted no se opone a la revelación; u (3) obtenemos su consentimiento para compartir su PHI con estas personas. Si no está presente en el momento en que compartimos su PHI, o no puede manifestar su acuerdo o desacuerdo a que compartamos su PHI debido a que no es apto o existe una circunstancia de emergencia, podemos usar nuestro criterio profesional para decidir que compartir la PHI es en su mejor interés. También podemos usar o compartir su PHI para notificar (o ayudar a notificar) a estas personas sobre su situación y condición general.

Comunicaciones sobre recaudación de fondos. Podemos compartir con nuestro personal de recaudación de fondos información demográfica limitada sobre usted (por ejemplo: nombre, dirección, otra información de contacto, edad, sexo, fecha de nacimiento), incluyendo las fechas en las que le prestamos atención médica, información del departamento de servicio, médico de atención directa, información de resultados y estado del seguro médico, sin su autorización por escrito. Podemos comunicarnos con usted con información sobre la importancia de las contribuciones a Nationwide Children's Hospital e invitarlo a participar. Si no quiere recibir ninguna comunicación sobre recaudación de fondos en el futuro, puede cancelar su participación como destinatario de tal información, comunicándose con la Oficina de Privacidad a la información de contacto de abajo.

Intercambio de información médica. Participamos en el intercambio de información médica (HIE) aprobado por el Estado de Ohio, y podemos compartir su información médica por vía electrónica para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica con otros participantes autorizados en este HIE. Los HIE permiten que sus proveedores de atención médica tengan acceso y usen su información médica pertinente necesaria para fines de tratamiento y otros fines legales. Solo las personas autorizadas pueden obtener acceso y usar su información médica del HIE aprobado. El HIE aprobado por el Estado de Ohio mantiene medidas de seguridad administrativas, físicas y técnicas adecuadas para proteger la privacidad y seguridad de su información médica. Cuando lo pida, puede "excluirse" del HIE, por completo o parcialmente. El formulario de exclusión está disponible llamando al 614-355-0777 para pedir una copia. Si no se excluye, podemos dar su información médica a un HIE aprobado en el que participemos de acuerdo con la ley aplicable. Su decisión de excluirse del HIE aprobado, ya sea por completo o parcialmente, puede resultar en que un proveedor de atención médica no tenga acceso a la información que es necesaria para que le preste la atención médica adecuada.

VII. Otros usos y revelaciones específicos que estamos obligados o autorizados a hacer

Cuando lo exige la ley. Revelaremos su PHI cuando cualquier ley federal, estatal o local nos lo exija.

- A.** Actividades de salud pública. La ley nos exige o nos permite reportar PHI a ciertas agencias gubernamentales y a otras entidades. Por ejemplo, podemos compartir su PHI para lo siguiente:
 - a. reportar información médica a autoridades de salud pública para fines de prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades;
 - b. denunciar abusos o negligencias conocidos o bajo sospecha a las agencias públicas apropiadas de servicios de protección al menor, como nos lo exige la ley;
 - c. comunicar información sobre productos y servicios a la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.
 - d. alertar a alguna persona que es posible que haya estado expuesta a alguna enfermedad contagiosa o que de otra manera pudiera estar en riesgo de desarrollar o propagar una enfermedad o condición;
 - e. reportar información a su empleador, según lo exigen las leyes que tratan sobre enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo o vigilancia médica en el lugar de trabajo, y
 - f. evitar o reducir una amenaza grave e inminente a una persona por la salud o seguridad pública o a ciertas agencias gubernamentales con funciones especiales, como el Departamento de Estado.
- B.** Actividades de supervisión médica. Podemos compartir su PHI con alguna agencia de supervisión médica que supervise el sistema de atención médica y garantice que se estén cumpliendo las reglas de los programas médicos gubernamentales, como Medicaid.
- C.** Procesos judiciales y administrativos. Podemos compartir su PHI en el curso de un proceso judicial o administrativo en respuesta a una orden de tribunal u otro proceso legal.
- D.** Propósitos de cumplimiento de la ley. Podemos compartir su PHI con la policía u otros representantes de cumplimiento de la ley, según lo exija o permita la ley o en cumplimiento de una orden de tribunal u orden judicial.
- E.** Instalaciones correccionales. Podemos compartir su PHI, si es recluso en una institución correccional o está bajo custodia de un representante de cumplimiento de la ley, pero solo si es necesario (1) para que la institución le preste atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de los demás, o (3) para la seguridad y protección de la institución correccional.
- F.** Fallecidos. Podemos compartir su PHI con un médico forense o un examinador médico, según lo autorice la ley.
- G.** Obtención de órganos y tejidos. En coherencia con la ley aplicable, podemos compartir su PHI con organizaciones que faciliten la obtención, almacenamiento en bancos o trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- H.** Investigación. Podemos usar su PHI para investigación. Antes de que revelemos cualquier dato de su PHI para dichos fines de investigación de manera que pudiera ser identificado, el proyecto estará sujeto a una extensa revisión y proceso de aprobación.
- I.** Compensación de los trabajadores. Podemos compartir su PHI según nos lo permita o exija la ley estatal en relación con la compensación de los trabajadores u otros programas similares.
- J.** Según lo exija la ley. Podemos usar y compartir su PHI cuando nos lo exija cualquier otra ley que no se haya mencionado arriba.

VIII. Usos y revelaciones que exigen su autorización por escrito

No usaremos ni revelaremos su PHI sin su autorización, salvo según se describe en este Aviso. Puede darnos su autorización por escrito para usar o revelar información médica a cualquier persona o entidad para cualquier propósito. El uso o la revelación que hagamos serán congruentes con dicha autorización por escrito. Si nos autoriza a usar o revelar dicha información, puede revocar esa autorización por escrito en cualquier momento.

En ciertas situaciones, debemos tener su autorización por escrito para usar o compartir su PHI.

- A. Mercadeo. Debemos obtener su autorización por escrito antes de usar su PHI para material de mercadeo, salvo si la forma de comunicación que hagamos con una persona sea cara a cara, o demos un regalo promocional de valor nominal. Si el mercadeo implica que un tercero nos haga un pago financiero, la autorización debe decir que dicho pago está implicado. Sin embargo, podemos comunicarnos con usted sin su permiso sobre productos o servicios relacionados con su tratamiento, administración de casos o coordinación de atención, o tratamientos alternativos, terapias, proveedores de atención médica o entornos de atención.
- B. Venta de PHI. Debemos obtener su autorización por escrito antes de vender su PHI o en el caso de que la revelación de su PHI genere una remuneración para nosotros.
- C. Usos y revelaciones de su información confidencial. La ley federal y estatal exige protecciones especiales de privacidad para cierta información confidencial sobre usted (“Información confidencial”), incluyendo cualquier parte de su PHI que: (1) se conserve en notas de psicoterapia; (2) sea de servicios de salud mental y discapacidades del desarrollo; (3) sea sobre prevención, tratamiento y remisión por abuso de alcohol y drogas; (4) sea sobre pruebas, diagnóstico o tratamiento de VIH/SIDA; (5) sea sobre enfermedades de transmisión sexual; (6) sea sobre pruebas genéticas; (7) sea sobre abuso y negligencia contra menores; (8) sea sobre agresión sexual, o (9) sea por fertilización in vitro (IVF). Para cualquier punto de mencionado arriba, debemos obtener su autorización por escrito para cualquier uso o revelación, salvo para hacer ciertas operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Antes de que compartamos su Información confidencial para un propósito que no sea de los que permite la ley, debemos obtener su autorización por escrito.

IX. Confidencialidad de los Registros de Trastornos por Consumo de Sustancias (Substance Use Disorder, SUD)

Parte de su información de salud puede estar protegida por la ley federal conforme a 42 CFR Parte 2, que otorga protecciones adicionales de privacidad para los registros relacionados con el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (SUD) (“Información SUD”). Estas protecciones se aplican además de HIPAA.

1. Información SUD recibida de Programas de la Parte 2 no afiliados con Nationwide Children’s Hospital

- Si recibimos o mantenemos cualquier información sobre usted proveniente de un programa de tratamiento de SUD cubierto por 42 CFR Parte 2 mediante un consentimiento escrito que usted dé al Programa de la Parte 2 para usar y revelar sus registros con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, podremos usar y divulgar sus registros de la Parte 2 para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, según se describe en este Aviso. Este consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento.
- Si recibimos o mantenemos sus registros de un Programa de la Parte 2 mediante un consentimiento específico que usted, un Programa de la Parte 2 u otro tercero nos haya dado, utilizaremos y revelaremos sus registros únicamente según lo expresamente permitido por el consentimiento que se nos haya otorgado. Este consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento.
- Nunca utilizaremos ni revelaremos sus registros de un Programa de la Parte 2 ni daremos testimonio que describa la información contenida en dichos registros en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra, a menos que esté autorizado por su consentimiento o por una orden judicial, después de que usted o el custodio de los registros haya recibido las notificaciones requeridas y la oportunidad de ser escuchado.

2. Información SUD creada por las propias clínicas SUD de Nationwide Children’s Hospital

Nationwide Children’s Hospital opera ciertas unidades que se especializan en dar diagnóstico, tratamiento y remisión para trastornos por consumo de sustancias (“Clínicas SUD”). Se aplican protecciones adicionales a la Información SUD creada y mantenida por estas Clínicas SUD. Solo utilizaremos y revelaremos su Información SUD de nuestras Clínicas SUD según se describe en esta sección o con su consentimiento por escrito.

a. Usos y revelaciones permitidos de información SUD sin consentimiento

- Para comunicarnos entre nuestros médicos y personal que tengan necesidad de la información en relación con sus funciones para dar diagnóstico, tratamiento o derivación para tratamiento cuando las comunicaciones sean (i) dentro de la Clínica SUD o (ii) dentro de NCH relacionadas con la administración de la Clínica SUD.
- A organizaciones de servicios calificados que prestan servicios en nuestro nombre y que aceptan por escrito proteger la Información SUD de la misma manera que estamos obligados a protegerla.
- A agencias u oficiales del orden público si usted comete, o amenaza con cometer, un delito en nuestras instalaciones o contra nuestro personal.
- Para reportar sospechas de abuso y negligencia infantil de conformidad con la ley del estado de Ohio.
- A otro personal médico en una emergencia médica bajo ciertas condiciones.
- Para fines de investigación, de conformidad con la aprobación de la Junta de Revisión Institucional (Institutional Review Board, “IRB”).
- A personal calificado para fines de auditoría o evaluación de programas que haya aceptado proteger la Información SUD.
- A una autoridad de salud pública, si la Información SUD ha sido desidentificada.

b. Usos y revelaciones permitidos de información SUD que requieren consentimiento

- Para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Usted puede darnos un solo consentimiento para todos los usos o revelaciones futuros con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, para garantizar que reciba el más alto nivel de atención coordinada. Una vez que su Información SUD se divulgue a una entidad cubierta por HIPAA (como otro proveedor de atención médica o una compañía de seguros de salud) o a un asociado comercial (empresas que prestan servicios en nombre de entidades cubiertas por HIPAA), el destinatario podrá revelar su información para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica en la medida permitida por HIPAA. Vea ejemplos de revelaciones para tratamiento, pago y operaciones de atención médica en la Sección IV anterior.
- A un registro central o a cualquier programa de manejo de abstinencia o tratamiento de mantenimiento ubicado a no más de 200 millas, con el propósito de prevenir inscripciones múltiples, con ciertas limitaciones.
- Cierta información relacionada con medicamentos recetados o dispensados al programa estatal de monitoreo de medicamentos recetados, si así lo exige la ley estatal aplicable.
- Cierta información a aquellas personas dentro del sistema de justicia penal que hayan establecido la participación en la Clínica SUD como condición para la resolución de cualquier procedimiento penal contra el paciente o para la libertad condicional u otra liberación del paciente de custodia, con ciertas limitaciones.

3. Disposiciones adicionales relacionadas con la Información SUD

- La Información SUD, o el testimonio que describa la Información SUD, no será utilizada ni revelada por nosotros en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra, a menos que esté autorizado por su consentimiento o por una orden judicial después de que se haya dado aviso y una oportunidad de ser escuchado, y que la orden judicial esté acompañada de una citación u otro requisito legal que obligue la divulgación en cumplimiento con los requisitos de 42 C.F.R. Parte 2.
- La Información SUD no será utilizada ni revelada con fines de recaudación de fondos a menos que se le dé un aviso claro y visible y la oportunidad de optar por no recibir ninguna comunicación de recaudación de fondos.
- A menos que se restrinja de otra manera en esta Sección o según se modifique a continuación, todas las demás disposiciones de este Aviso, incluyendo, entre otras, los derechos descritos en la Sección X de abajo, se aplican a la Información SUD.

X. Derechos de los pacientes

- A. Usted tiene derecho a que se le informe sobre nuestras prácticas de privacidad. Nuestras prácticas relacionadas con la protección de la privacidad de su información médica se describen en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad (NOPP). NOPP describe de qué forma usamos su información para darle tratamiento, obtener pago por ese tratamiento y para nuestras operaciones comerciales internas. Se le dará la oportunidad de obtener una copia impresa del NOPP en cualquier momento en que nos visite. Cuando se convierta por primera vez en nuestro paciente, obtendremos su confirmación indicando que se le ha dado la oportunidad de revisar u obtener una copia impresa de nuestro NOPP. También se puede ver una versión actual de nuestro NOPP en nuestro sitio web en www.nationwidechildrens.org
- B. Derecho a un representante personal. Usted puede identificar ante nosotros a personas que puedan actuar de representantes personales autorizados, como un tutor nombrado por un tribunal, un poder notarial específico y debidamente ejecutado que otorgue tal autoridad, un poder notarial duradero para atención médica, si este permite a dicha persona actuar cuando usted no pueda comunicarse por sus propios medios, u otro método reconocido por la ley aplicable. Sin embargo, podemos rechazar a un representante si, según nuestro criterio profesional, determinamos que esto no se ajusta a su mejor interés.
- C. Tiene derecho a pedir acceso a su información médica.
- Tiene derecho a ver y obtener una copia de la información médica que se pueda usar para tomar decisiones sobre usted, como notas de enfermería, pruebas de laboratorio, recetas y planes de tratamiento. En algunos casos, es posible que también reciba un resumen de esta información médica. Debe presentar una petición por escrito para inspeccionar y copiar su información médica. El formulario de petición está disponible por correo postal en la dirección de abajo, se puede descargar desde nuestro sitio web o puede llamar al 614-355-0777 para pedir una copia. Podemos cobrar un cargo razonable por cualquier copia.
- D. En ciertas circunstancias limitadas, es posible que neguemos su petición para inspeccionar y copiar su información médica. Por ejemplo, no puede leer ni se le puede dar una copia de las notas de psicoterapia; información recopilada para uso en un procedimiento civil, penal o administrativo o un caso judicial; y cierta PHI que está protegida por la ley. En algunas situaciones es posible que tenga el derecho de pedir que revisen esta decisión. Comuníquese con el Departamento de Manejo de Información Médica (Health Information Management Department) al 614-355-0777, si tiene preguntas sobre el acceso a su expediente médico. Tiene derecho a pedir que revelemos su información médica a otros.
- Si quiere que algunos datos de su información médica se envíen a alguien más, por ejemplo, a otro médico o a su empleador, deberá completar nuestro formulario de autorización indicando que está de acuerdo con que revelemos (demos) la información a los demás que seleccione. El formulario de autorización está disponible por correo postal en la dirección de abajo, se puede descargar desde nuestro sitio web o puede llamar al 614-355-0777 para pedir una copia.
 - Una vez que usted nos autorice revelar su información médica, no podemos garantizar que la persona a quien se dé la información no la revele. Puede quitar o “revocar” su autorización por escrito en cualquier momento, por escrito, enviando su revocación por correo postal o electrónico a la dirección de abajo, salvo si ya hemos actuado según su autorización.
 - Si mantenemos un expediente médico electrónico que contenga su información médica, cuando y si nos lo exige la ley, usted tendrá derecho a pedir que enviemos una copia de su información médica en un formato electrónico a usted o a un tercero que usted identifique. Podemos cobrar un cargo razonable por enviar la copia electrónica de su información médica.
- E. Tiene derecho a pedir que se enmiende su información médica.
- Tiene derecho a pedir que se enmiende la información médica que mantenemos sobre usted, si cree que es incorrecta o está incompleta. Su petición debe hacerla por escrito y presentar los motivos para la enmienda que se pidió. El formulario de enmienda está disponible por correo postal en la dirección de abajo, se puede descargar desde nuestro sitio web o puede llamar al 614-355-0711 para pedir una copia. Envíe su petición por fax, correo electrónico o correo postal a la dirección mencionada abajo. Revisaremos la información según lo pedido y haremos la corrección o le diremos por qué creemos que nuestra información está correcta. Si rechazamos su petición, puede darnos una declaración por escrito donde exprese su desacuerdo a nuestra decisión que conservaremos con su información médica.
- F. Tiene derecho a pedir la recepción de comunicaciones relacionadas con su salud en otra forma o en otros lugares.
- Normalmente, enviamos su información de atención médica a la dirección y teléfonos que nos dio. Sin embargo, si quiere que le enviemos la información a cualquier otro lugar para proteger su privacidad, puede hacerlo. No pediremos que explique por qué está haciendo la petición. Estaremos de acuerdo con las peticiones razonables. Para procesar la petición, le pediremos otra dirección u otra forma para comunicarnos con usted, por ejemplo, envíos por correo a un apartado postal. El formulario de comunicación confidencial está disponible por correo postal en la dirección de abajo, se puede descargar desde nuestro sitio web o puede llamar al 614-355-0711 para pedir una copia. Envíe su petición por correo postal o electrónico a la dirección que se menciona abajo o entregue su formulario completado en cualquier lugar de Registro de Pacientes.
- G. Tiene derecho a pedir restricciones sobre el uso y la revelación de su información médica.
- Tiene derecho a pedir que se restrinjan usos o revelaciones de su información médica para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a pedir que restrinjan revelaciones a familiares o a otros que estén implicados en su atención médica o en el pago de su atención médica. Aunque podemos considerar su petición, esté consciente de que no tenemos obligación de aceptarla ni cumplirla, a menos que la petición se refiera a la revelación de PHI a un plan médico con el fin de hacer operaciones de pago o de atención médica, y la PHI se refiera únicamente a un servicio de atención médica por el que al proveedor se le haya pagado en su totalidad como gastos de bolsillo. El formulario de restricción está disponible por correo postal en la dirección de abajo, se puede descargar desde nuestro sitio web o puede llamar al 614-355-0711 para pedir una copia. Envíe su petición por correo postal o electrónico a la dirección que se menciona abajo.
 - Si paga la totalidad como gastos de bolsillo por servicios específicos, puede pedir que la PHI sobre ese servicio no se revele a su plan médico. El formulario “Seguro sin facturación” está disponible por correo postal en la dirección de abajo, se puede descargar desde nuestro sitio web o puede llamar al 614-355-0711 para pedir una copia. Entregue su formulario completado en cualquier lugar de Registro de Pacientes.
 - Es posible que también tengamos políticas sobre menores que le permitan a su hijo menor pedir ciertos límites en su acceso a su información médica.
- H. Tiene derecho a pedir un informe de las personas a quienes hemos revelado su información médica. Tiene el derecho de recibir un informe de ciertas revelaciones de su información de salud hechas por nosotros durante los seis años anteriores a su solicitud, o durante los tres años anteriores a su solicitud en el caso de registros electrónicos que contengan Información SUD. Este informe no incluirá revelaciones de información que se hicieron: (i) para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica; (ii) a usted o según su autorización; (iii) a instituciones correccionales o representantes custodios para el cumplimiento de la ley; (iv) para nuestro directorio de pacientes o a la persona que esté involucrada en su atención, y (v) otras revelaciones para las que la ley federal no nos exija que demos un informe. El formulario de informe está disponible por correo postal en la dirección de abajo, se puede descargar desde nuestro sitio web o puede llamar al 614-355-0711 para pedir una copia. Envíe su petición por correo postal o electrónico a la dirección que se menciona abajo.
- I. En lo que respecta a su Información SUD, tiene el derecho de solicitar una lista de revelaciones hechas por un intermediario durante los últimos 3 años. Un intermediario es una entidad que ha recibido Información SUD bajo una designación general en un consentimiento del paciente que autoriza revelaciones a uno o más participantes que tienen una relación de tratamiento con el paciente. Un ejemplo de un intermediario es un Intercambio de Información de Salud (Health Information Exchange, “HIE”), una Organización de Atención Responsable (Accountable Care Organization, “ACO”) o una organización de investigación.
- J. Tiene derecho a expresar preocupaciones o de hacer preguntas. Si tiene alguna preocupación sobre la privacidad de su información médica o si tiene preguntas sobre nuestros procedimientos, puede comunicarse con nuestro director de Privacidad, en:

Nationwide Children’s Hospital
Atención: Nationwide Children’s Hospital ACE Privacy Officer
700 Children’s Drive
Columbus, OH 43205
PrivacyOffice@NationwideChildrens.org
(614) 355-0711

- K. Tiene derecho a presentar una queja. Si cree que se han infringido sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros en la dirección mencionada arriba. También puede notificar su queja al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) en: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html>.

No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.