



NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Effective Date: April 14, 2003
Revised: September 6, 2023

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

I. As a patient or a parent/legally authorized representative of a patient at Children’s Hospital of The King’s Daughters, Incorporated (“CHKDHS, we, us”), you are the patient’s “personal representative.” Please read this Notice with the understanding that we are discussing “you” to mean the patient.

II. About this notice

This Notice of Privacy Practices (the “Notice”) describes how we may use and disclose your protected health information to carry out treatment, payment or health care operations and for other purposes that are permitted or protected by law. It also describes your rights to access and control your protected health information, and describes the privacy practices of the following entities:

- Children’s Hospital of The King’s Daughters, Incorporated (“CHKD”), a pediatric acute care hospital, 601 Children’s Lane, Norfolk, Virginia, 23507;
- Children’s Medical Group, Inc. (“CMG”), pediatric primary care providers, 601 Children’s Lane, Norfolk, Virginia, 23507;
- Children’s Medical Group of North Carolina, Inc. (“CMG”), pediatric primary care providers, 601 Children’s Lane, Norfolk, Virginia, 23507;
- Children’s Surgical Specialty Group, Inc. (“CSSG”), pediatric surgical care providers, 601 Children’s Lane, Norfolk, Virginia, 23507;
- Children’s Specialty Group, PLLC (“CSG”), pediatric specialty care providers, 601 Children’s Lane, Norfolk, Virginia, 23507; and
- Children’s Pharmacy Services, LLC (“CPS”) DBA CHKD Outpatient Pharmacy, an outpatient pharmacy, 601 Children’s Lane, Suite 101, Norfolk, Virginia 23507

Together, these legally separate covered entities have formed an Organized Health Care Arrangement (“OHCA”), which allow the members to manage care in a simpler, more patient-friendly manner. Each member of the OHCA is committed to protecting your medical information and will:

- Maintain the privacy of your health information
- Follow the terms of this Notice
- Post this Notice and make it available to you

III. How the organized health care arrangement may use and disclose your information

Your protected health information may be used and disclosed without your prior authorization by members of the OHCA, both inside and outside the OHCA, for the purposes of treatment, payment or health care operations as described in this Notice.

The following categories describe ways members of the OHCA may use and disclose medical information. For some categories, examples are not provided. Not every use and disclosure in a category is listed.

- **Treatment.** Members of the OHCA may use and disclose your information to provide, coordinate or manage your

health care. Your information may be used and disclosed to doctors, nurses, technicians, students, or other health care personnel, both inside and outside the OHCA, who are involved in your care. For example,

- A doctor treating you for a broken leg may need to refer you to a physical therapist for rehabilitation. Your information may be disclosed to the therapist to ensure continuity of care;
- As a teaching hospital where attending physicians and specialists teach medical students, residents, and other allied health professionals the important lessons of specific care, you or your child may experience “walking rounds” when members of the CHKD medical team move from patient room to patient room discussing individual children;
- To help coordinate your care, information may be disclosed to different entities such as pharmacies, laboratories and home health agencies.

- **Payment.** Members of the OHCA may use and disclose your information for billing and payment purposes. For example,

- Your information may be disclosed to billing services and insurance companies so that payment may be received for the services provided to you;
- Insurance companies and other payers may require prior approval to cover certain treatments or procedures. Your information may be disclosed to gain this approval;
- Your information may be disclosed to insurance companies and other payers so they can review our billing practices.

- **Health Care Operations.** Your information may be used and disclosed to provide better health care services. The information may be used for education, performance improvement, quality enhancement, process improvement, customer service and community relations. For example, members of the OHCA may use and disclose your information:

- To study the average wait time in the Emergency Department to determine how it can be improved;
- To decide what additional services should be offered, what services are not needed, and whether new treatments are effective;
- In combination with information from other health care facilities to compare and improve the quality of care and services offered;

Reduce Paper Consumption

Please use the camera on your smartphone to scan the QR code to view this notice online.



- Members of the OHCA participate in clinically integrated networks for purposes of health care operations functions, such as joint utilization review, quality assessment and improvement, and payment activities, and may share medical information with network participants as necessary to carry out the joint activities of the network.
- **Health Information Exchange.** Members of the OHCA are participants in the North Carolina Health Information Exchange Authority ("NC HIEA") and the CommonWell Health Information Exchange ("CW HIE"). Both HIEs facilitate the sharing of protected health information ("PHI") among authorized health care providers (e.g., health systems, hospitals, physician offices and labs) and health information organizations for treatment, payment and health care operation ("TPO") purposes. Both HIEs are secure systems designed according to nationally recognized standards, and in accordance with federal and state laws that protect the privacy and security of the information being exchanged.
 - 1) NC HIEA:** If you are a resident of the state of North Carolina, your PHI is disclosed to the NC HIEA and available to authorized health care providers through the NC HIEA, unless you decline to participate or "opt-out" by completing a Patient Opt-Out Form. To opt-out of the NC HIEA, please visit <https://hiea.nc.gov/> to download the Patient Opt-Out Form.
 - 2) CW HIE:** Your PHI is disclosed to the CW HIE and available to authorized health care providers participating in the CW HIE, unless you decline to participate or "opt-out" by completing a Patient Opt-Out Form. To opt-out of the CW HIE, please visit <https://www.chkd.org/Patients-and-Families/Patient-Forms/> to download the Patient Opt-Out Form or contact the CHKDHS Privacy Officer at (757) 668-7776 to obtain a Patient Opt-Out Form.
- **Health-related Services.** Your information may be used and disclosed to contact you about products, services, treatment, case management and care coordination offered by members of the OHCA. For example,
 - If you have asthma, you may be notified of asthma education programs;
 - You may be provided with health-related educational newsletters and calendars of events;
 - You may be contacted to be reminded of scheduled appointments, unless you object;
 - You may be contacted regarding ongoing campaigns about new physicians, screenings, treatments, facilities or educational programs;
 - You may be notified about the latest treatments, support groups and other resources available for your condition.
- **To Our Business Associates.** We will share your information with third party "business associates" that perform various activities (e.g., billing, transcription services) for the OHCA. Whenever an arrangement between our office and a business associate involves the use or disclosure of your information, we will have a written agreement with that business associate that contains terms that will protect the privacy of your information. For example, the OHCA may hire a billing company to submit claims to your health care insurer. Your information will be disclosed to this billing company, but a written agreement between our office and the billing company will prohibit the billing company from using your information in any way other than what we allow.
- **Marketing.** Your information may be used and disclosed for the following marketing activities:
 - To communicate with you face-to-face;
 - To provide you with a promotional product of nominal value.
- **Fundraising.** Certain information (name, address, other contact information including telephone number, dates of service, date of birth, age, gender, department of service, treating physician, outcome information and health insurance status) may be used or disclosed to contact you to raise money for certain members of the OHCA. The money raised will be used to maintain, expand and improve the services and programs provided to the community. You have the right to elect not to receive fundraising communications. If you do not wish to receive fundraising communications, call the CHKDHS Development Office at (757) 668-7070 and state that you do not want to receive fundraising communications.
- **Directories.** The facility directory may contain your name, the location at which you are receiving care, your condition (in general terms), and your religious affiliation. All of this information, except religious affiliation, may be disclosed to people who ask for you by name, unless you object. Only members of the clergy may be told your religious affiliation. If you do not wish to be included in the facility directory, contact your service provider or the CHKDHS Privacy Officer.
- **Individuals Involved in Your Care or Payment for Your Care.** Your information may be disclosed to a family member, other relative, close personal friend or any other person identified by you, if the information is directly relevant to that person's involvement with your care or payment related to your health care, unless you object. Your information may be disclosed to notify, or assist in the notification of (including identifying or locating), a family member, a personal representative or another person responsible for your care, of your location, general condition or death, unless you object. However, if you are incapacitated, not present or an emergency situation exists, and professional judgment deems it to be in your best interest, your information may be disclosed to a family member, other relative, close personal friend or any other person identified by you who is involved with your care or payment related to your care.

Your information may be used and disclosed to an entity assisting in a disaster relief effort so your family can be notified about your condition, status and location.

State law may deem a minor to be an adult in certain circumstances, prohibiting the release of information

without the minor's authorization. An example of this is services or treatment provided to an emancipated minor.

- **Research.** Members of the OHCA are actively engaged in teaching and research to improve the quality and safety of patient care.

Your information may be used and disclosed to researchers when an Institutional Review Board, that has reviewed the research proposal and protocols to ensure the privacy of your information, has approved their research. Your information also may be used and disclosed as research projects are prepared for development. Data that does not contain direct patient identifiers may be provided to researchers.

- **Serious Threat to Health or Safety.** Your information may be used and disclosed to a person or persons able to lessen or prevent a serious and imminent threat to the health or safety of a person or the public.

IV. Special Situations Involving Your Medical Information

- **Required By Law.** Your information may be used and disclosed when required by federal, state or local law. The use or disclosure will be made in compliance with the law and will be limited to the relevant requirements of the law. You will be notified, if required by law, of any such uses or disclosures.
- **Organ, Eye and Tissue Donation.** Your information may be used and disclosed to organ procurement organizations or other entities engaged in the procurement, banking or transplantation of cadaveric organs, eyes, or tissue for the purpose of facilitating organ, eye or tissue donation and transplantation.
- **Military and Veterans.** If you are a member of the armed forces, U.S. or foreign, members of the OHCA may use and disclose information about you as required by the military.
- **Workers' Compensation.** Your information may be used and disclosed for workers' compensation or similar programs. These programs provide benefits for work-related injuries or illnesses.
- **Public Health Activities.** Your information may be disclosed for public health activities. These activities may include the following:
 - To prevent or control disease, injury or disability;
 - To report births and deaths;
 - To report child abuse or neglect;
 - To report reactions to medications or problems with products;
 - To let patients know about product recalls;
 - To notify people who may have been exposed to a disease or may be at risk for contracting or spreading a disease or condition;
 - To notify the appropriate government authority if it is believed a patient has been the victim of abuse, neglect or domestic violence other than child abuse and neglect. This disclosure will be made only if you agree or when required or authorized by law.
- **Food and Drug Administration.** We may disclose your information to a person or company required by the Food and Drug Administration to report adverse events, product defects or problems, biologic product deviations, or to track products to enable product recalls; to make repairs to operating room replacements; or to conduct post marketing surveillance, as required.
- **Health Oversight Activities.** Your information may be disclosed to a health oversight agency for activities authorized by law. These oversight activities include, for example, audits, investigations, inspections and licensure. These activities are necessary for the government to monitor the health care system, government programs, and compliance with civil rights laws.
- **Lawsuits and Disputes.** Your information may be disclosed in the course of any judicial or administrative proceeding in response to a court or administrative order. Your information also may be used and disclosed in response to a subpoena, discovery request or other lawful process that is not accompanied by a court or administrative order if satisfactory assurance is received from the party seeking your information that reasonable efforts have been made by such party to ensure that you have received notice of the request or such party has secured a qualified protective order.
- **Law Enforcement.** Your information may be disclosed:
 - In response to a court order, subpoena, warrant, summons or similar process;
 - To identify or locate a suspect, fugitive, material witness or missing person;
 - In response to law enforcement if you are suspected to be a crime victim and we are unable to obtain your agreement due to incapacitation or other emergency circumstances;
 - About a death we believe may be the result of criminal conduct;
 - About criminal conduct at one of our facilities; and
 - In emergency circumstances to report a crime; the location of the crime or victims; or the identity, description or location of the person who committed the crime.
- **Coroners, Medical Examiners and Funeral Directors.** Your information may be disclosed to a coroner or medical examiner. This may be necessary, for example, to identify a deceased person or determine the cause of death. Your information may be disclosed to funeral directors as necessary to carry out their duties.
- **National Security and Intelligence Activities.** Your information may be disclosed to authorized federal officials for intelligence, counterintelligence and other national security activities authorized by law.
- **Protective Services for the U.S. President and Others.** Your information may be disclosed to authorized federal officials so they may provide protection to the U.S. President, other authorized individuals or foreign heads of state, or to conduct special investigations.

- **Custodial Situations.** If you are an inmate of a correctional institution or in the custody of a law enforcement official, your information may be disclosed to the correctional institution or to the law enforcement official. This release would be necessary (1) for the institution to provide you with health care; (2) to protect your health and safety or the health and safety of others; or (3) for the safety and security of the correctional institution.

V. Other Uses of Medical Information Based Upon Written Authorization

Other uses and disclosures of information not covered by this Notice or the laws that apply to members of the OHCA will be made only with your written authorization. You may revoke the authorization in writing at any time unless the OHCA has taken action in reliance on your authorization. The use and disclosure of psychotherapy notes requires your authorization. Also, the use and disclosure of your information for marketing (except as described in Section III above) and the sale of information requires your authorization. Written revocation of authorization must be submitted to the CHKDHS Privacy Officer. Members of the OHCA are unable to take back any disclosures that have already been made.

VI. Your Rights Regarding Your Medical Information

You have the following rights regarding medical information members of the OHCA maintain about you:

- **Right to Inspect and Copy.** You have the right to inspect and request a copy of your records. This includes medical and billing records, but under federal law does not include:
 - Psychotherapy notes;
 - Information compiled in reasonable anticipation of, or for use in, a civil, criminal or administrative action or proceeding; and
 - Information that is prohibited by federal law.

To inspect and request a copy of your records, you must obtain a record request form, and submit the completed form to the Medical Record Department of your service provider. If your records are maintained in an electronic medical record, you have the right to receive a copy of the records in electronic format and to have the copy transmitted directly to an entity or person provided your written directions are clear, conspicuous and specific. If you request a copy of your records, a reasonable fee may be charged for the costs of copying, mailing or other supplies associated with your request. If the records are in an electronic form, the fee shall not be greater than the labor costs to respond to the request.

Your request to inspect and copy may be denied under limited circumstances. If we deny you access to medical record information, you may request that the denial be reviewed. Another licensed health care professional chosen by us will review your request and the denial. The Medical Record Department will comply with the outcome of the review.

- **Right to Amend.** If you believe your health record information is incorrect or incomplete, you may request to

amend the information. You have the right to request an amendment for as long as the information is kept by or for any member of the OHCA.

To request an amendment, you must obtain the form and submit the completed form to the CHKDHS Privacy Officer. Your request for an amendment may be denied if the form is not completed or does not include a reason to support the request. In addition, your request may be denied if you ask us to amend information that:

- Is accurate and complete;
- Was not created by a member of the OHCA, unless you provide a reasonable basis to believe that the originator of your information is no longer available to act on the requested amendment;
- Is not part of the medical information kept by or for a member of the OHCA; or
- Is not part of the information that you are permitted to inspect and copy.

- **Right to an Accounting of Disclosures.** You have the right to request an accounting of disclosures. An accounting of disclosures tracks, as required by law, certain disclosures of your information.

To request this accounting, you must request the form from and submit your completed request to the CHKDHS Privacy Officer. You may request an accounting of disclosures for a period of time less than six (6) years from the date of request. Accountings will not be provided for disclosures occurring prior to six (6) years preceding the date of your request (or three (3) years preceding the date of your request for disclosures through an electronic medical record). One (1) free accounting will be provided within a 12-month period. For each additional accounting during the 12-month period, a reasonable fee may be charged. The CHKDHS Privacy Officer or another representative will notify you of the cost, at which time you may withdraw or modify your request.

- **Right to Request Restrictions.** You have the right to request a restriction or limitation on your information for treatment, payment or health care operations (TPO). You also have the right to request a limit on the information disclosed to someone involved in your care or the payment for your care. Members of the OHCA are not required to agree to your request except in the following circumstance: a request to restrict certain disclosures of your PHI to a health plan if you have paid in full out-of-pocket for the health care item or service. However, there may be Medicare, Medicaid, and other exemptions by law that apply. If your request is approved, it will be honored unless the information is needed to provide emergency treatment.

To request restrictions, you must make your request in writing to the CHKDHS Privacy Officer. In your request, you must include (1) what information you want to limit; (2) whether you want to limit the use, disclosure or both; and (3) to whom you want the limits to apply.

- **Right to Request Confidential Communications.**

You have the right to request that members of the OHCA communicate with you about medical matters in a certain way or at a certain location. For example, you can ask only to be contacted at work or by mail.

To request confidential communications from a specific service provider (department or office), you must make your request in writing to the given service provider.

To request confidential communications throughout the entire OHCA, you must make your request in writing to the CHKDHS Privacy Officer. You will not be asked the reason for your request. All reasonable requests will be accommodated. Your request must specify how or where you wish to be contacted.

- **Right to a Paper Copy of This Notice.** You have the right to a paper copy of this Notice at any time, upon request, even if you have agreed to receive this Notice electronically.

You may also view or print a copy of this Notice at www.chkd.org.

To obtain a paper copy of this Notice, contact your service provider or the CHKDHS Privacy Officer.

- **Right to Request Non-Participation in Health Information Exchange.**

Patients who do not want their health information to be accessible to authorized health care providers through the North Carolina Health Information Exchange Authority ("NC HIEA") and the CommonWell Health Information Exchange ("CW HIE") may choose not to participate or "opt-out". If you choose to opt-out and complete the Patient Opt-Out Form, health care providers will not be able to search for your records through the HIEs, although your information may be shared as required or permitted by law, for instance, for public health purposes. To opt-out of the NC HIEA, please visit <https://hiea.nc.gov/> to download the Patient Opt-Out Form. To opt-out of the CW HIE, please visit <https://www.chkd.org/Patients-and-Families/Patient-Forms/> to download the Patient Opt-Out Form or contact the CHKDHS Privacy Officer at (757) 668-7776 to obtain a Patient Opt-Out Form.

- **Right to Receive Notifications of a Data Breach.** We are required to notify you upon a breach of any unsecured PHI. PHI is "unsecured" if it is not protected by a technology or methodology specified by the Secretary of Health and Human Services. A breach is the acquisition, access, use or disclosure not permitted by law that compromises the security or privacy of the PHI. The notice must be made within sixty (60) days from when we become aware of the breach. However, if we have insufficient contact information for you, an alternative method (posting on a website, broadcast media, etc.) may be used.

VII. Effective Date, Duration and Changes of this Notice:

- A. **Effective Date:** This Notice is effective as of April 14, 2003.
Revision Dates: February 23, 2004, August 1, 2006, April 30, 2010, September 23, 2013, February 1, 2019, June 1, 2021, September 6, 2023.
- B. **Changes to this Notice:** Members of the OHCA reserve the right to change this Notice. Members of the OHCA reserve the right to make the revised or changed Notice effective for medical information already maintained as well as any information received in the future.

A copy of the current Notice will be posted in each OHCA member's facility. The Notice will contain on the first page, in the top right-hand corner, the effective date. In addition, each time you register at or are admitted to any facility in the OHCA for treatment or health care services as an inpatient or outpatient, you may request a copy of the current Notice in effect.

You may also obtain any new Notice by contacting the CHKDHS Privacy Officer.

VIII. Addresses on File

CHKDHS has multiple information systems that house patient demographic and other data. Information related to you or your patient information may include or be sent to any past, current, or future addresses on file for you or your parents, guardians, account guarantors, or insurance policy holders within any of the various systems. If you have any concerns regarding any addresses that could be on file for you or your parents, guardians, account guarantors, or insurance policy holders, contact the CHKDHS Privacy Officer.

IX. Questions About Your Privacy Rights

If you believe your privacy rights have been violated, desire further information about your privacy rights, or disagree with a decision that we made about access to your PHI, you may contact the CHKDHS Privacy Officer at (757) 668-7776. You may also file written complaints with the Secretary, Office of Civil Rights of the U.S. Department of Health and Human Services. Upon request, the CHKDHS Privacy Officer will provide you with the correct address for the Secretary.

You will not be penalized for filing a complaint.

Discrimination is against the law. Children’s Hospital of The King’s Daughters Health System (CHKDHS) complies with applicable civil rights laws and does not discriminate, exclude or treat people differently because of race, color, national origin, age, disability or sex. CHKDHS provides aids and services, such as qualified interpreters and information in alternative formats for written documents, to help people with disabilities and/or limited proficiency in English communicate with us. These aids are provided free of charge and in a timely manner. If you need these services, please contact our Cultural/Language Services Department at (757) 668-6930. If you believe that CHKDHS has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: CHKDHS Section 1557 Grievance Coordinator, 601 Children’s Lane, Norfolk, VA 23507, (757) 668-6880, Grievance@chkd.org. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the CHKDHS Section 1557 Grievance Coordinator is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1 (757) 668-6930

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1 (757) 668-6930

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1 (757) 668-6930

Dè dɛ nà kɛ dyédɛ gbo: ɔ jù ké m[Bàsɔ-wùdù-po-nyá] jù ní, níí, à wudù kà kò dò po-poò ɓɛin mgbo kpáa. Đá 1 (757) 668-6930

লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন 1 (757) 668-6930

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1 (757) 668-6930

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما تماس بگیرد. 1 (757) 668-6930

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1 (757) 668-6930

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1 (757) 668-6930

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1 (757) 668-6930

Nti: Ọ bụrụ na asụ lbo, asụsụ aka ọasụ n’efu, defu, aka. Call 1 (757) 668-6930

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1 (757) 668-6930

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1 (757) 668-6930

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال 1 (757) 668-6930

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1 (757) 668-6930

AKIYESI: Bi o ba nsọ èdè Yorùbú ọfẹ ni iranlọwọ lori èdè wa fun yin o. Ẹ pe ẹrọ-ibanisọrọ yi 1 (757) 668-6930



AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de Efectividad: Abril 14, 2003
Actualización: Septiembre 6, 2023

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

I. Como paciente o padre/representante legalmente autorizado de un paciente del Children's Hospital of The King's Daughters, Incorporado ("CHKDHS, nosotros"), usted es el "representante personal" del paciente. Por favor lea este Aviso con el entendimiento que cuando decimos "usted" nos referimos al paciente.

II. Acerca de este Aviso

Este Aviso Sobre las Prácticas de Privacidad (el "Aviso") describe cómo puede que nosotros usemos y divulguemos su información médica protegida para brindar tratamiento, facturación o funciones de atención médica y para otros propósitos que sean permitidos o protegidos por la ley. Éste también describe sus derechos a acceder y controlar su información médica protegida, y describe las prácticas de privacidad de las siguientes entidades:

- Children's Hospital of The King's Daughters, Incorporated ("CHKD"), un hospital pediátrico de atención médica aguda, 601 Children's Lane, Norfolk, Virginia, 23507;
- Children's Medical Group, Inc. ("CMG"), proveedores de atención médica primaria pediátrica, 601 Children's Lane, Norfolk, Virginia, 23507;
- Children's Medical Group of North Carolina, Inc. ("CMG"), proveedores de atención médica primaria pediátrica, 601 Children's Lane, Norfolk, Virginia, 23507;
- Children's Surgical Specialty Group, Inc. ("CSSG"), proveedores de atención médica quirúrgica pediátrica, 601 Children's Lane, Norfolk, Virginia, 23507;
- Children's Specialty Group, PLLC ("CSG"), proveedores de atención médica pediátrica especializada, 601 Children's Lane, Norfolk, Virginia, 23507; y
- Children's Pharmacy Services, LLC ("CPS") DBA CHKD Outpatient Pharmacy, una farmacia ambulatoria, 601 Children's Lane, Suite 101, Norfolk, Virginia 23507

En forma conjunta, estas entidades con cobertura legal independiente, han formado un Convenio de Atención Médica Organizada (OHCA por sus siglas en inglés), el cual les permite a sus miembros manejar la atención médica de modo más simple y de manera más fácil para los pacientes. Cada uno de los miembros del OHCA se compromete a proteger su información médica y:

- Mantendrá la privacidad de su información médica
- Cumplirá con los términos de este Aviso
- Anunciará este Aviso y lo tendrá disponible para usted

III. Cómo el Convenio de Atención Médica Organizada (OHCA por sus siglas en inglés), Puede Utilizar y Divulgar su Información

Su información médica protegida puede ser usada y divulgada sin su autorización previa por los miembros del OHCA, tanto dentro como fuera del OHCA, con los propósitos de brindar tratamiento, realizar facturación o funciones de atención médica según se describe en este Aviso.

Las siguientes categorías describen los distintos modos en que los miembros del OHCA pueden usar y divulgar información médica. En algunas categorías, no se proporcionan ejemplos. No se enumeran todos los usos y divulgaciones correspondientes a cada categoría.

- **Tratamiento.** Los miembros de la OHCA pueden usar y divulgar su información a fin de brindar, coordinar o manejar su atención médica. Su información puede

ser usada y divulgada a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes u otro personal de atención médica, tanto dentro como fuera del OHCA, quienes están involucrados en su atención médica. Por ejemplo,

- Es posible que un médico que lo atienda por una pierna rota tenga que enviarlo a un terapeuta físico para recibir rehabilitación. Su información puede ser divulgada al terapeuta para asegurar la continuidad de su atención médica;
- Como hospital de enseñanza donde los doctores encargados y los especialistas le enseñan a los estudiantes de medicina, a los residentes y a otros profesionales de atención médica aliados las lecciones importantes del cuidado médico específico, usted o su niño puede experimentar "las rondas médicas ambulantes" cuando los miembros del equipo médico de CHKD se trasladan del cuarto de un paciente al cuarto de otro paciente discutiendo los niños individualmente;
- A fin de coordinar su atención médica, su información puede ser divulgada a distintas entidades tales como farmacias, laboratorios y agencias de atención médica en el hogar.
- **Facturación.** Los miembros del OHCA pueden usar y divulgar su información a fin de llevar a cabo la facturación y obtener el pago. Por ejemplo,
 - Su información puede ser divulgada a los servicios de facturación y a las compañías de seguro médico para poder obtener pago por los servicios que le fueron brindados a usted;
 - Las compañías de seguro médico y otras fuentes de pago puede que requieran aprobación previa para cubrir ciertos tratamientos o procedimientos. Su información puede ser divulgada para obtener esta aprobación.
 - Su información puede ser divulgada a las compañías de seguro médico y a otras fuentes de pago para que ellos puedan repasar nuestras prácticas de facturación.

- **Funciones de Atención Médica.** Su información puede ser usada y divulgada para brindarle mejores servicios de atención médica. La información puede ser utilizada para brindar educación, mejorar el funcionamiento, aumentar la calidad, mejorar procesos, servicios al cliente y relaciones comunitarias. Por ejemplo, los miembros del OHCA pueden usar y divulgar su información:
 - Para estudiar el tiempo de espera promedio en la Sala de Emergencia para determinar cómo éste se puede mejorar;
 - Para determinar qué servicios adicionales se deben ofrecer, qué servicios no son necesarios y si los nuevos tratamientos son eficaces;
 - En conjunto con la información suministrada por otros centros de atención médica para comparar y mejorar la calidad de la atención y de los servicios que se ofrecen;

Reduzca el Consumo de Papel

Por favor, utilice la cámara de su teléfono inteligente para escanear el código QR para ver este aviso en línea.



- Los miembros del OHCA participan en redes que están clínicamente integradas para propósitos de las funciones de atención médica, tales como repastos de utilización conjunta, asesoramiento y mejora de la calidad, y actividades de facturación, y pueden compartir información médica con los participantes de la red según sea necesario para llevar a cabo las actividades conjuntas de la red.
 - **Intercambio de Información Médica.** Los miembros del OHCA participan en la Autoridad del Intercambio de Información Médica de Carolina del Norte ("NC HIEA" por sus siglas en inglés) y en el Intercambio de Información Médica de CommonWell ("CW HIE" por sus siglas en inglés). Ambos Intercambios de Información Médica (HIE) facilitan el compartimiento de la Información de Salud Protegida, ("PHI" por sus siglas en inglés) entre los proveedores de atención médica autorizados (p. ej., sistemas de salud, hospitales, oficinas de doctores y laboratorios) y organizaciones de información médica para propósitos de tratamiento, facturación y funciones de atención médica ("TPO", por sus siglas en inglés). Ambos HIE son sistemas seguros diseñados conforme a estándares reconocidos nacionalmente, y de acuerdo con las leyes federales y estatales que protegen la privacidad y la seguridad de la información siendo intercambiada.
 - 1) **NC HIEA:** Si usted es un residente del estado de Carolina del Norte, su PHI es divulgado a la NC HIEA y está disponible para los proveedores de atención médica autorizados a través de la NC HIEA, a menos que usted decline participar u opte fuera completando un Formulario para Pacientes que Optan Fuera. Para optar fuera de la NC HIEA, por favor visite <https://hiea.nc.gov/> para bajar el Formulario para Pacientes que Optan Fuera. 2) **CW HIE:** Su PHI es divulgado al CW HIE y está disponible para los proveedores de atención médica que participan en el CW HIE, a menos que usted decline participar u opte fuera completando un Formulario para Pacientes que Optan Fuera. Para optar fuera del CW HIE, por favor visite <https://www.chkd.org/Patients-and-Families/Patient-Forms/> para bajar el Formulario para Pacientes que Optan Fuera, o contacte al Oficial de Privacidad de CHKDHS en el (757) 668-7776 para obtener el Formulario para Pacientes que Optan Fuera.
 - **Servicios relacionados con la salud.** Su información puede ser utilizada y divulgada para contactarlo a usted sobre productos, servicios, tratamientos, manejo de casos y coordinación de la atención médica ofrecida por los miembros del OHCA. Por ejemplo,
 - Si usted tiene asma, puede que sea notificado sobre programas educativos acerca del asma;
 - Puede que le provean boletines educativos relacionados con la salud y calendarios de eventos;
 - Puede que lo contacten para recordarle las citas programadas, a menos que usted se oponga;
 - Puede que lo contacten en relación a campañas continuas sobre nuevos médicos, exámenes, tratamientos, centros o programas educativos;
 - Puede que lo notifiquen sobre los tratamientos más recientes, grupos de apoyo y otros recursos disponibles relacionados con su condición.
 - **A Nuestros Asociados de Negocio.** Vamos a compartir su información con "asociados de negocio" de tercera parte quienes realizan varias actividades (p. ej., facturación, servicios de transcripción) para el OHCA. Siempre que un acuerdo entre nuestra oficina y un asociado de negocio involucra el uso o la divulgación de su información, nosotros vamos a tener un acuerdo por escrito con ese asociado de negocio que contenga los términos que protegerán la privacidad de su información.
- Por ejemplo, el OHCA puede contratar a una compañía para que envíe reclamos a su compañía de seguro médico. Su información va a ser divulgada a esta compañía de facturación, pero un acuerdo por escrito entre nuestra oficina y la compañía de facturación va a prohibirle a la compañía de facturación que utilice su información de cualquier otra manera que no sea lo que nosotros permitimos.
- **Mercadeo.** Su información puede ser utilizada y divulgada para las siguientes actividades de mercadeo:
 - Para comunicarse con usted personalmente;
 - Para ofrecerle un producto promocional de valor nominal.
 - **Recaudación de Fondos.** Se puede usar o divulgar cierta información (nombre, dirección, otra información de contacto adicional incluyendo el número de teléfono, fechas de servicio, fecha de nacimiento, edad, género, departamento donde el servicio fue brindado, nombre del doctor que brindó tratamiento, información acerca de resultados y estado del seguro médico) para comunicarse con usted a fin de recaudar fondos para ciertos miembros del OHCA. El dinero recaudado será utilizado para mantener, expandir y mejorar los servicios y programas ofrecidos a la comunidad. Usted tiene el derecho de elegir no recibir comunicaciones para recaudación de fondos. Si usted no desea recibir comunicaciones para la recaudación de fondos, llame a la oficina del Desarrollo del CHKDHS, al (757) 668-7070 y diga que no quiere recibir comunicaciones para la recaudación de fondos.
 - **Directorios.** El directorio del centro médico puede incluir su nombre, el lugar donde está recibiendo tratamiento, su condición (en términos generales), y su afiliación religiosa. Toda esta información, excepto su afiliación religiosa, puede ser divulgada a aquellas personas que pregunten por usted por su nombre, a menos que usted se oponga. Su afiliación religiosa solamente puede ser divulgada a miembros del clérigo. Si usted no desea ser incluido en el directorio del centro médico, contacte a su proveedor de servicios o al Oficial de Privacidad del CHKDHS.
 - **Personas Involucradas en su Atención Médica o en el Pago de su Atención Médica.** Su información puede ser divulgada a un miembro de la familia, a otro familiar, amigo personal cercano o a cualquier otra persona que usted identifique, si la información es directamente relevante al involucramiento de esa persona con su atención médica o con la facturación relacionada a su atención médica, a menos que usted se oponga. Su información puede ser divulgada para notificar, o colaborar en la notificación de (incluyendo la identificación o ubicación), un miembro de su familia, un representante personal u otra persona a cargo de su atención médica, de su ubicación, de su estado general o de su fallecimiento, a menos que usted se oponga. Sin embargo, si usted está incapacitado, no está presente o si existe una situación de emergencia, y de acuerdo al criterio profesional se considerará que sería lo mejor para usted, su información puede ser divulgada a un miembro de su familia, a otro familiar, amigo personal cercano o a cualquier otra persona identificada por usted que esté involucrada en su atención médica o en el pago relacionado a su atención médica. Su información puede ser usada y divulgada a una entidad que participe en esfuerzos de socorro en caso de desastre para que su familia pueda ser notificada acerca de su condición, estado y ubicación. En ciertas circunstancias, la ley estatal puede considerar a un menor de edad como un adulto prohibiendo que se divulgue la información sin la autorización del menor. Un ejemplo de esto son los servicios o tratamientos dados a un menor emancipado.

- **Estudios Investigativos.** Los miembros de OHCA participan activamente en la capacitación y la investigación para mejorar la calidad y la seguridad de la atención brindada a los pacientes.

Su información puede ser utilizada y divulgada a investigadores cuando una Junta de Revisión Institucional (“IRB”, por sus siglas en inglés), que ha revisado la propuesta y los protocolos de investigación para asegurar la privacidad de su información, haya aprobado dicha investigación. Su información también puede ser usada y divulgada según los proyectos de investigación son preparados para ser desarrollados. Se les puede proporcionar a los investigadores datos que no contengan identificadores directos del paciente.

- **Amenaza Seria a la Salud o a la Seguridad.** Su información puede ser usada o divulgada a una persona o a las personas que puedan disminuir o prevenir una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad de una persona o del público.

IV. Situaciones Especiales que Involucren Su Información Médica

- **Requerido por la ley.** Su información puede ser utilizada o divulgada cuando las leyes federales, estatales o locales así lo requieran. El uso o divulgación se hará en cumplimiento con la ley y se limitará a los requisitos relevantes de la ley. Usted será notificado, si es requerido por la ley, de cualquier tipo de usos o divulgaciones.
- **Donación de Órganos, Ojos y Tejidos.** Su información puede ser utilizada y divulgada a las organizaciones que manejan la procuración de órganos o a otras entidades dedicadas a la procuración, banco o trasplante de órganos cadavéricos, ojos o tejidos con el propósito de facilitar la donación y trasplante de órganos, ojos o tejidos.
- **Militares y Veteranos.** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, de EE.UU. o extranjeras, los miembros del OHCA pueden usar o divulgar información sobre usted conforme lo requieran las autoridades militares.
- **Compensación Laboral.** Su información puede ser usada y divulgada para los programas de indemnización laboral o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Actividades de Salud Pública.** Su información se puede usar o divulgar para actividades de salud pública. Estas actividades pueden incluir lo siguiente:
 - Prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades;
 - Reporte de nacimientos o defunciones;
 - Denuncia de abuso o abandono de menores;
 - Reporte de reacciones a medicamentos o problemas con productos;
 - Notificación a pacientes sobre el retiro de productos del mercado;
 - Notificación a las personas que pudieron haber estado expuestas a una enfermedad o que pudieran estar en riesgo de contraer o contagiar una enfermedad o condición;
 - Notificación a las autoridades gubernamentales correspondientes cuando se considere que un paciente ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica distinta al abuso o abandono de menores. Esta divulgación solo se realizará cuando usted esté de acuerdo o cuando la ley así lo exija o autorice.
- **Administración Nacional de Alimentos y Medicinas (FDA).** Es posible que divulguemos su información a una persona o compañía requerida por la FDA a reportar

eventos adversos, defectos o problemas en los productos, desviaciones de productos biológicos, o para darle seguimiento a los productos para poder conducir retiro de productos del mercado; para hacer reparaciones a los remplazos en las salas de operaciones; o para realizar supervisión posterior a la comercialización, según sea requerido.

- **Actividades de Vigilancia de la Salud.** Su información puede ser divulgada a una organización que controle la vigilancia de la salud para las actividades permitidas por la ley. Estas actividades de vigilancia pueden incluir, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y acreditaciones. Estas actividades son necesarias para que el gobierno pueda darle monitoreo al sistema de salud, a los programas del gobierno y al cumplimiento con las leyes de los derechos civiles.
- **Demandas y Disputas.** Su información puede ser divulgada durante el transcurso de cualquier proceso judicial o administrativo como respuesta a una orden judicial o administrativa. Su información también puede ser usada o divulgada como respuesta a un citatorio, pedido de informes, u otro proceso legal, que no se esté acompañado por una orden judicial o administrativa si se recibe suficiente garantía del partido que solicita su información de que tal partido ha hecho esfuerzos razonables para asegurar que usted haya recibido notificación de la petición o que tal partido ha obtenido una orden de protección cualificada.
- **Imposición de la Ley.** Su información puede ser divulgada:
 - En respuesta a una orden judicial, citatorio, orden de detención, llamamiento o proceso similar;
 - Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
 - En respuesta a las autoridades de imposición de la ley, cuando se sospeche que usted ha sido víctima de un delito y no podemos obtener su autorización debido a incapacidad u otras circunstancias de emergencia;
 - Acerca de una muerte cuando consideremos que pudiera haberse producido como resultado de conducta delictiva;
 - Acerca de conducta delictiva en uno de nuestros centros; y
 - En casos de emergencia, para reportar un delito; la ubicación del delito o de las víctimas; o la identidad, la descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.
- **Autoridades Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias.** Su información puede ser divulgada a las autoridades forenses o a un examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de muerte. Su información puede ser divulgada a directores de funerarias según sea necesario para que puedan llevar a cabo sus tareas.
- **Actividades de Inteligencia y Seguridad Nacional.** Su información puede ser divulgada a los oficiales federales autorizados por asuntos de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.
- **Servicios de Protección al Presidente de los EEUU y a Otros.** Su información puede ser divulgada a los oficiales federales autorizados a fin de que puedan proporcionar protección al Presidente de los Estados Unidos, a otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros, o para llevar a cabo investigaciones especiales.
- **Situaciones de Custodia.** Si usted está confinado dentro de una institución correccional o se encuentra bajo custodia de un funcionario encargado de la imposición de la ley, su información puede ser divulgada a la institución

correcional o funcionario encargado de la imposición de la ley. Este tipo de divulgación sería necesaria (1) para que la institución le proporcione atención médica a usted; (2) para proteger su salud y su seguridad o la salud y la seguridad de los demás; o (3) para la seguridad de la institución correcional.

V. Otros Usos de la Información Médica Basados En La Autorización por Escrito

Los demás usos y divulgaciones de la información que no están cubiertos en este Aviso o las leyes que aplican a los miembros de la OHCA serán hechos solamente con su autorización por escrito. Usted puede revocar la autorización por escrito en cualquier momento a menos que la OHCA haya tomado acción en cuanto a su autorización.

El uso y la divulgación de notas de psicoterapia requieren su autorización. Además, el uso y la divulgación de su información para mercadeo (excepto lo que fue descrito en la Sección III anteriormente) y la venta de información requiere su autorización. La revocación de la autorización por escrito debe ser entregada al Oficial de Privacidad del CHKDHS. Los miembros del OHCA no son capaces de retraer cualquier divulgación que ya ha sido realizada.

VI. Sus Derechos en Respecto a Su Información Médica

Usted tiene los siguientes derechos en respecto a la información médica que los miembros del OHCA puedan mantener sobre usted:

- **Derecho a Inspeccionar y Copiar.** Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su información. Esto incluye registros médicos y registros de facturación, pero bajo leyes federales no incluye:
 - Notas de psicoterapia;
 - La información recopilada con anticipación razonable de, o para ser utilizada en, un procedimiento civil, penal o de acción administrativa o proceso; e
 - Información prohibida por las leyes federales.

Para inspeccionar o pedir una copia de su información, usted debe obtener un formulario de pedido de registros médicos, y debe entregar el formulario completado al Departamento de Registros Médicos de su proveedor de servicios. Si su información se mantiene dentro de un registro médico electrónico, usted tiene el derecho a recibir una copia de los expedientes en un formato electrónico y tener la copia transmitida directamente a una entidad o persona siempre y cuando sus instrucciones por escrito sean claras, evidentes y específicas. Si usted solicita una copia de sus expedientes, puede que se le cobre una cuota por el costo de copiar, enviar por correo, o de otros suministros asociados con su petición. Si los expedientes existen en forma electrónica, la cuota no debe ser mayor que los costos laborales para contestar la petición. Su solicitud de inspeccionar y copiar registros puede ser negada en determinadas circunstancias limitadas. Si nosotros le negamos el acceso a la información médica, usted puede solicitar que la negación sea repasada. Otro profesional de atención médica acreditado elegido por nosotros repasará su petición y la negación. El Departamento de Registros Médicos cumplirá con el resultado de tal revisión.

- **Derecho a Solicitar una Enmienda.** Si usted considera que la información en su registro médico está incorrecta o incompleta, usted puede solicitar que la información se enmiende. Usted tiene el derecho a solicitar una enmienda siempre y cuando la información sea almacenada por o para cualquier miembro del OHCA.

Para solicitar una enmienda, usted debe obtener la solicitud y debe entregar la solicitud completada al Oficial de Privacidad del CHKDHS. Su solicitud de enmienda puede ser negada si el formulario no ha sido

completado o no incluye una razón que apoye tal solicitud. Adicionalmente, su solicitud puede ser negada si usted nos pide que enmendemos información que:

- Sea precisa y esté completa.
- No fue creada por un miembro del OHCA, a menos que usted presente evidencias razonables para creer que la persona que originó esa información ya no se encuentra disponible para realizar la enmienda solicitada;
- No forme parte de la información médica guardada por o para un miembro del OHCA; o
- No forme parte de la información que usted tiene derecho a inspeccionar y copiar.

- **Derecho a Recibir un Reporte de las Divulgaciones.**

Usted tiene derecho a solicitar un reporte de las divulgaciones. Un reporte de divulgaciones rastrea, según lo requiere la ley, ciertas divulgaciones de su información.

Para solicitar este reporte, usted debe solicitar el formulario de y entregar la solicitud completada al Oficial de Privacidad del CHKDHS. Usted puede solicitar un reporte de las divulgaciones realizadas por un período de tiempo menor que seis (6) años a partir de la fecha de su solicitud. El reporte no incluirá las divulgaciones que ocurrieron con seis años de anterioridad de la fecha de su solicitud (o tres (3) años de anterioridad a la fecha de su solicitud para divulgaciones a través de un registro médico electrónico). Se proveerá un (1) reporte gratuito dentro de un período de 12 meses. Si solicita reportes adicionales dentro de un período de 12 meses, podemos cobrarle un cargo razonable. El Oficial de Privacidad del CHKDHS u otro representante le notificará acerca del costo que corresponda y usted entonces podrá optar por retirar o modificar su petición.

- **Derecho a Solicitar Restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación a la información médica sobre usted que usemos o divulguemos por cuestiones relativas al tratamiento, facturación o funciones de atención médica (TPO). Usted también tiene derecho a solicitar que se limite la cantidad de información médica que divulgamos sobre usted a una persona involucrada en su atención médica o en el pago de la misma. Los miembros del OHCA no están obligados a aceptar su solicitud excepto en el siguiente caso: una solicitud para restringir ciertas divulgaciones de su Información de Salud Protegida, (PHI, por sus siglas en inglés) a un plan médico si usted ha pagado completamente de su bolsillo por el material o servicio de atención médica. Sin embargo, puede que existan exenciones de Medicare, Medicaid y legales que apliquen. Si su solicitud es aprobada, va a ser honrada a menos que la información sea necesaria para proveer tratamiento en caso de emergencia.

Para solicitar restricciones/limitaciones, usted debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad del CHKDHS. Su solicitud debe especificar (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar el uso, la divulgación o ambos; y (3) respecto a quién quiere que se apliquen dichos límites.

- **Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales.**

Usted tiene derecho a solicitar que los miembros del Convenio de Atención Médica Organizada, (OHCA por sus siglas en inglés) se comuniquen con usted sobre asuntos médicos de un determinado modo o en un lugar determinado. Por ejemplo, usted puede solicitar que se comuniquen con usted únicamente en su lugar de trabajo o por correo.

Para solicitar comunicaciones confidenciales de un proveedor de servicios específico (departamento u oficina), usted debe presentar su solicitud por escrito a dicho proveedor de servicios.

Para solicitar comunicaciones confidenciales a través de todo el OHCA, usted debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad del CHKDHS. No se le preguntará el motivo de su solicitud. Cumpliremos con toda solicitud razonable. Su solicitud debe especificar cómo o dónde usted desea ser contactado.

- **Derecho a Obtener una Copia de Papel de este Aviso.** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso en cualquier momento, al solicitarlo, aunque usted haya aceptado recibir este Aviso en formato electrónico.

Usted también puede ver o imprimir una copia de este Aviso en www.chkd.org.

Para obtener una copia impresa de este Aviso, comuníquese con su proveedor de servicios o con el Oficial de Privacidad del CHKDHS.

- **Derecho a Solicitar No Participar en el Intercambio de Información Médica.** Los pacientes que no desean que su información médica sea accesible a proveedores de atención médica autorizados a través de la Autoridad de Intercambio de Información Médica de Carolina del Norte ("NC HIEA") y el Intercambio de Información Médica de CommonWell ("CW HIE" por sus siglas en inglés) pueden escoger no participar u "optar fuera". Si usted decide optar fuera y completa el Formulario para Pacientes que Optan Fuera, los proveedores de atención médica no van a poder buscar sus registros a través de los HIE, aunque su información puede ser compartida según lo requiere o lo permite la ley, por ejemplo, para propósitos de salud pública. Para optar fuera de la NC HIEA, por favor visite <https://hiea.nc.gov/> para bajar el Formulario para Pacientes que Optan Fuera. Para optar fuera del CW HIE, por favor visite <https://www.chkd.org/Patients-and-Families/Patient-Forms/> para bajar el Formulario para Pacientes que Optan Fuera, o contacte al Oficial de Privacidad de CHKDHS en el (757) 668-7776 para obtener el Formulario para Pacientes que Optan Fuera.
- **Derecho a recibir Notificaciones de Violación de Datos.** A nosotros se nos requiere que le avisemos a usted en caso de cualquier violación de cualquier tipo de Información de Salud Protegida (PHI) no asegurada. La PHI se considera "no asegurada" si no está protegida por una tecnología o metodología especificada por el Secretario de Salud y Servicios Humanos. Una violación es la adquisición, el acceso, el uso o divulgación no permitido por la ley que afecta negativamente la seguridad o la privacidad de la PHI. La notificación debe realizarse dentro de sesenta (60) días de habernos enterado de la violación. Sin embargo, si tenemos información de contacto insuficiente suya, un método alterno (anunciando en un sitio web, emisoras, etc.) puede ser utilizado.

VII. Fecha de Efectividad, Duración y Cambios a este Aviso:

- A. Fecha de Efectividad:** Este aviso es efectivo desde el 14 de abril de 2003.
Fechas de Revisión: Febrero 23, 2004, 1 de agosto de 2006, 30 de abril de 2010, 23 de septiembre de 2013, 1 de febrero de 2019, 1 de junio de 2021, 6 de septiembre de 2023.
- B. Cambios a este Aviso:** Los miembros del OHCA se reservan el derecho a modificar este Aviso. Los miembros del OHCA se reservan el derecho a extender la vigencia del Aviso revisado o modificado a la información médica que ya se encuentre en su poder así como a toda la información que reciban en el futuro.

Se exhibirá una copia del Aviso que se encuentre vigente en el centro médico de cada uno de los

miembros del OHCA. En el margen superior derecho de la primera página del Aviso se incluirá la fecha de vigencia. Asimismo, cada vez que usted se registre o ingrese a uno de los centros del OHCA para recibir tratamiento o servicios de atención médica, ya sea como paciente hospitalizado o ambulatorio, usted podrá solicitar una copia del Aviso que se encuentre vigente en ese momento.

Usted también puede obtener cualquier Aviso nuevo contactando al Oficial de Privacidad del CHKDHS.

VIII. Direcciones Registradas en Nuestros Sistemas

El CHKDHS tiene múltiples sistemas de información que contienen información demográfica y otros datos. La información relacionada a usted o su información como paciente puede incluir o puede ser enviada a cualquier dirección pasada, presente, o futura en nuestro registro suyo, de sus padres, tutores legales, garantes de cuentas, o encargados de pólizas de seguro médico dentro de cualquiera de los variados sistemas. Si usted tiene cualquier inquietud sobre cualquier dirección que pueda aparecer en nuestro registro suyo, de sus padres, guardianes, garantes de cuentas, o encargados de pólizas de seguro médico, póngase en contacto con el Oficial de Privacidad del CHKDHS.

IX. Preguntas Acerca de Sus Derechos de Privacidad

Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad, desea más información sobre sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que nosotros hemos tomado sobre el acceso a su Información de Salud Protegida, (PHI), usted puede llamar al Oficial de Privacidad del CHKDHS al (757) 668-7776. Usted también puede presentar quejas por escrito con el Secretario en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Tan pronto usted lo pida, el Oficial de Privacidad del CHKDHS le dará la dirección correcta para el Secretario.

No se tomará ningún tipo de represalia en su contra por presentar una queja.

La discriminación es en contra de la ley. El Sistema de Salud Children’s Hospital of The King’s Daughters (CHKDHS, por sus siglas en inglés) cumple con las leyes de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye o trata a las personas de una manera diferente debido a la raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, o género. CHKDHS provee ayuda y servicios, tales como intérpretes cualificados e información en formatos alternos para documentos por escrito, para ayudar a que las personas con discapacidades y/o dominio limitado del idioma inglés se puedan comunicar con nosotros. Estas ayudas son dadas gratuitamente y de manera puntual. Si usted necesita estos servicios, por favor llame a nuestro Departamento de Servicios Culturales y de Lenguaje llamando al (757) 668-6930. Si usted piensa que el CHKDHS ha fallado en proveerle estos servicios o lo ha discriminado de otra manera basado en su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, o género, usted puede plantear una queja con: CHKDHS Sección 1557 Coordinador de Quejas, 601 Children’s Lane, Norfolk, VA 23507, (757) 668-6880, Grievance@chkd.org. Usted puede plantear una queja en persona o por correo, por fax o por correo electrónico. Si usted necesita asistencia sometiéndole una queja, el Coordinador de Quejas de la Sección 1557 está disponible para ayudarle. Usted también puede plantear una queja de Derechos Civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en el <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal al: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos 200 Independence Avenue, SW, Sala 509F, Edificio HHH Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Las Solicitudes para quejas están disponibles en el www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1 (757) 668-6930

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.
1 (757) 668-6930

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚክተሎ ቁጥር ይደውሉ
1 (757) 668-6930

Dè dè nià ke dyédé gbo: ɔ̄ jũ ké m[Bàsɔ-wùdù-po-nyɔ] jũ ní, nì, à wudù kà kò dè po-poɔ̄ bɛin mgbo kpáa. Dá
1 (757) 668-6930

লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কখা বলতে পারেন, তাহলে নি:খরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন
1 (757) 668-6930

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1 (757) 668-6930

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما
تماس بگیرید.
1 (757) 668-6930

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d’aide linguistique vous sont proposés
gratuitement. Appelez le 1 (757) 668-6930

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen
zur Verfügung. Rufnummer: 1 (757) 668-6930

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।
1 (757) 668-6930

Nti: Ọ bụrụ na asụ lbo, asụsụ aka ọasụ n’efu, defu, aka. Call 1 (757) 668-6930

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода.
Звоните 1 (757) 668-6930

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa
wika nang walang bayad. Tumawag sa 1 (757) 668-6930

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال
1 (757) 668-6930

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số
1 (757) 668-6930

AKIYESI: Bi o ba nsọ èdè Yorùbú ọfẹ ní iranlọwọ lori èdè wa fun yin o. Ẹ pe ẹrọ-ibanisọrọ yi
1 (757) 668-6930