



Patient Care Center

795 E. Second Street  
Pomona, CA 91766-2007  
Tel: (909) 706-3900

8686 Haven Avenue, Suite 200  
Rancho Cucamonga, CA 91730-9110  
Tel: (909) 706-3950 Fax: (909) 257-2300

## Notificación de Prácticas de Privacidad Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA)

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**

**POR FAVOR LEA ESTA NOTIFICACIÓN CUIDADOSAMENTE.**

**¿QUIÉN DEBE ACATAR O ATENERSE A ESTA NOTIFICACIÓN?** Todos los empleados del Medical Center, Western Diabetes Institute, Eye Care Institute at WesternU, The Dental Center at WesternU, Western University Foot & Ankle Center, Western University Pharmacy and Western University Travel Health Center proveedores/instructores de cuidados de salud y algunos estudiantes que proporcionan cuidado, así como el personal de cuidados autorizado a ingresar información a su registro médico o de salud.

- Ciertos empleados del Patient Care Center responsables de pagos y de apoyo operacional.
- Todos los proveedores que contratan con las personas antes mencionadas para proporcionar servicios de cuidados de salud.

Todas las personas antes mencionadas se apegarán a los términos de esta Notificación. Además, todas las personas anteriores podrían compartir información entre ellas para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de cuidados de salud, según se describe en esta Notificación.

**NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA** El Patient Care Center documenta en registros escritos y electrónicos el cuidado y servicios que usted recibe. En esta Notificación nos referiremos a dichos registros como “información médica.” Necesitamos esta información para proporcionarle cuidados de salud y servicios de calidad; evaluar beneficios e indemnizaciones; administrar cobertura de cuidados de salud; medir el rendimiento; y para cumplir con los requisitos legales y normativos. Comprendemos que la información médica sobre usted y su salud es confidencial. Estamos comprometidos a proteger su información médica y a cumplir con todas las leyes estatales y federales relacionadas a la protección de su información médica. Esta Notificación le explica las formas en las cuales podríamos utilizar y divulgar información médica sobre usted. También describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de información médica. Estamos obligados por ley a:

- asegurarnos que la información médica que lo identifica se mantenga en privado (con ciertas excepciones);
- proporcionarle esta Notificación que describe nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a información médica sobre usted;
- apegarnos a los términos de la Notificación actualmente vigente.

**CÓMO PODRÍAMOS UTILIZAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA** Algunas veces la ley nos permite utilizar y divulgar su información médica sin su permiso. Describimos brevemente estos usos y divulgaciones y le proporcionamos algunos ejemplos. Alguna información médica, como cierta información del paciente sobre salud mental y abuso de drogas y alcohol, así como de pruebas de VIH y genéticas, tienen requisitos más estrictos con respecto a su uso y divulgación, y se obtendrá su permiso antes de algunos usos y divulgaciones. Sin embargo, aun así hay circunstancias en las cuales estos tipos de información pueden utilizarse y divulgarse sin su permiso. La cantidad de información médica utilizada y divulgada sin su permiso variará dependiendo del propósito deseado del uso o divulgación. Cuando le enviemos un recordatorio de cita, por ejemplo, se utilizará o divulgará una

cantidad muy limitada de información médica. En otras ocasiones, podemos necesitar utilizar o divulgar más información médica, como cuando estamos proporcionando tratamiento médico.

**PARA TRATAMIENTO** Podemos utilizar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios. Podemos divulgar información sobre usted a proveedores de cuidados de salud, enfermeras, terapeutas, técnicos, internistas, estudiantes médicos, residentes u otro personal de cuidados de salud involucrado en su cuidado, incluyendo aquellos que le ofrecen asesoría médica, o interpretes necesarios para que usted pueda tener acceso al tratamiento. Por ejemplo, un proveedor de cuidados de salud puede utilizar la información en su registro médico para determinar el tipo de medicamentos, terapia o procedimientos adecuados para usted. El plan de tratamiento seleccionado por su proveedor de cuidados de salud se documentará en su registro para que así otros profesionales de cuidados de salud puedan coordinar las diferentes acciones que usted necesita, tales como recetas, pruebas de laboratorio, remisiones, etc. También podemos divulgar información médica sobre usted a personas fuera de nuestras instalaciones que pueden estar involucradas en su cuidado médico continuo, tales como instituciones de enfermería especializada, otros proveedores de cuidados de salud, administradores de casos, empresas de transporte, agencias comunitarias, familiares y farmacias contratadas/afiliadas.

**PARA OBTENER EL PAGO POR SERVICIOS DE CUIDADOS DE SALUD** Podemos utilizar y divulgar su información médica para que el tratamiento y servicios que recibe puedan facturarse y el pago pueda recolectarse de usted, de una compañía de seguros o de otro pagador. Por ejemplo, puede ser necesario divulgar a su plan de salud información sobre un tratamiento que recibió para que así su plan de salud realice el pago. También podríamos divulgar a su plan de salud información sobre un tratamiento propuesto para determinar si su plan cubrirá o no el tratamiento o medicamento. También podemos compartir su información, cuando sea adecuado, con otros programas gubernamentales, tales como Medicare o Medi-Cal, para coordinar sus beneficios y pagos. Podemos utilizar o divulgar información médica sobre usted para determinar la elegibilidad para beneficios del plan, obtener primas, facilitar el pago por el tratamiento y servicios que recibe de proveedores de cuidados de salud, determinar la responsabilidad del plan sobre los beneficios, y para coordinar los beneficios. También podemos proporcionar su información médica a nuestros socios empresariales que nos asisten con la facturación, tales como empresas de facturación, empresas de procesamiento de indemnizaciones y otras que procesan nuestras indemnizaciones de cuidados de salud. Sólo divulgaremos la cantidad mínima de información necesaria para obtener el pago.

**PARA OPERACIONES DE CUIDADOS DE SALUD** Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted para ciertas operaciones de cuidados de salud. Por ejemplo, podemos utilizar su información médica para evaluar la calidad del tratamiento y servicios que proporcionamos, para educar a nuestros profesionales de cuidados de salud, y para evaluar el rendimiento de nuestro personal al proporcionarle cuidados. También podemos combinar información médica sobre muchos pacientes para decidir cuáles servicios adicionales debemos ofrecer, o si ciertos nuevos tratamientos son efectivos o no. Su información médica también puede utilizarse o divulgarse para propósitos de licencias o acreditaciones. Podemos utilizar y divulgar su información de salud para realizar las actividades necesarias relacionadas con seguros médicos. Entre los ejemplos se incluyen, seguros, clasificación de primas, realizar o programar evaluaciones médicas, servicios legales y de auditorías, detección de fraudes y abusos, planificación de negocios, gestión y administración general.

**Acuerdo de atención médica organizada.** Western University of Health Sciences es parte de un acuerdo de atención médica organizada que incluye a participantes de la red Oregon Community Health Information Network (OCHIN). Una lista actual de los participantes de la red OCHIN está disponible en <http://www.community-health.org/partners.html>. Como un socio comercial de Western University of Health Sciences, la OCHIN suministra tecnologías de la información y servicios relacionados a Western University of Health Sciences y a otros participantes de la red OCHIN. La OCHIN también participa en actividades de evaluación y mejora de la calidad en nombre de Western University of Health Sciences y de otros participantes de la red OCHIN. Por ejemplo, la OCHIN

coordina las actividades de revisión clínica en nombre de los participantes para establecer estándares de mejores prácticas y para evaluar los beneficios clínicos que pueden derivarse del uso de sistemas electrónicos de historiales médicos. La OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar de manera colaborativa para mejorar la gestión de las derivaciones internas y externas de los pacientes. Western University of Health Sciences puede compartir su información médica con otros participantes de la red OCHIN cuando sea necesario para los fines de las actividades de la atención médica del acuerdo de atención médica organizada.

**PARA RECORDATORIOS** Podemos contactarlo para recordarle que tiene una cita, o que debe realizar una cita en el Patient Care Center.

**PARA BENEFICIOS Y SERVICIOS DE SALUD RELACIONADOS** Podemos contactarlo con respecto a beneficios o servicios que proporcionamos. No venderemos ni divulgaremos su información a una agencia externa con el propósito de ofrecerle los productos de dicha agencia.

**PARA ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO** Podemos informarle sobre, o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que podrían interesarle.

**PARA RECAUDAR FONDOS** Podemos contactarlo para proporcionar información sobre recaudación de fondos para el Centro y sus operaciones a través de una fundación relacionada a éste. Sólo utilizaremos información demográfica, como su nombre, dirección, número telefónico y las fechas en las que recibió tratamiento o servicios en el Patient Care Center de Western University of Health Sciences. Si no desea que el Centro lo contacte con respecto a campañas de recaudación de fondos, escriba a: Western University of Health Sciences, University Advancement, 359 E. Second St., Pomona, CA 91766.

**A FAMILIARES Y OTRAS PERSONAS CUANDO ESTÁ PRESENTE** Algunas veces, un familiar u otra persona involucrada en su cuidado estará presente mientras hablamos sobre su información médica. Si se opone, por favor díganoslo y no hablaremos sobre su información médica, o pediremos a la persona que se vaya.

**A FAMILIARES Y OTRAS PERSONAS CUANDO NO ESTÁ PRESENTE** Puede haber ocasiones cuando es necesario divulgar su capacidad de tomar decisiones para acceder o negarse a cuidados. En dichas ocasiones, utilizaremos nuestro juicio profesional para determinar si el divulgar su información médica es en su mejor beneficio. Si es así, limitaremos la divulgación a la información médica directamente relevante a la participación de dicha persona en su cuidado de salud. Por ejemplo, podemos permitir que una persona recoja una receta por usted.

**PARA INVESTIGACIÓN** La investigación de todo tipo puede incluir el uso o divulgación de su información médica. Su información médica generalmente puede utilizarse o divulgarse sin su permiso para investigaciones si un Comité Institucional de Revisión (IRB) aprueba dicho uso o divulgación. Un IRB es un comité responsable, bajo leyes federales, de revisar y aprobar investigaciones en humanos para proteger la seguridad y bienestar de los participantes, así como la confidencialidad de la información médica. Su información médica puede ser importante para el avance de investigaciones y el desarrollo de nuevos conocimientos. Por ejemplo, un estudio de investigación puede involucrar una evaluación de tablas para comparar los resultados de pacientes que recibieron diferentes tipos de tratamiento. Podemos divulgar información médica sobre usted a investigadores que se preparan para realizar un proyecto de investigación. En algunas ocasiones, los investigadores contactan a los pacientes con respecto a su interés en participar en ciertos estudios de investigación. La inscripción en dichos estudios sólo puede ocurrir después que se le ha informado sobre el estudio, que ha tenido la oportunidad de hacer preguntas, y de indicar su deseo de participar al firmar un formulario de consentimiento.

**SEGÚN LO REQUIERA LA LEY** Divulgaremos información médica sobre usted cuando así lo requieran las leyes federales, estatales o locales.

**PARA EVITAR UNA SERIA AMENAZA A LA SALUD O SEGURIDAD** Podemos utilizar y divulgar su información médica si existe una amenaza seria e inminente a su salud o seguridad o, a la de alguien más. Cualquier divulgación se realizaría a alguien capaz de detener o reducir la amenaza.

**COMO AYUDA EN CATÁSTROFES** Podemos divulgar su nombre, ciudad donde vive, edad, sexo y condición general a una organización, pública o privada, de asistencia en catástrofes para ayudar en los esfuerzos de ayuda y para notificar a su familia sobre su ubicación y condición, a menos que usted se niegue en ese momento.

**PARA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS** Si es un donante de órganos o tejidos, podemos divulgar su información médica a organizaciones que manejan la obtención de órganos o el trasplante de órganos, córneas o tejidos, o a un banco de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y trasplante de órganos o tejidos.

**PARA ACTIVIDAD MILITAR Y SEGURIDAD NACIONAL** Algunas veces, podemos utilizar o divulgar la información médica de personal de las fuerzas armadas a las autoridades militares correspondientes cuando estas creen que es necesario para realizar adecuadamente misiones militares. También podemos divulgar su información médica a oficiales federales autorizados, según sea necesario para actividades de seguridad nacional e inteligencia, o para la protección del presidente y otros oficiales y dignatarios gubernamentales.

**PARA COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR** Podemos divulgar información médica sobre usted a programas de compensación al trabajador, o similares, según lo requiera la ley. Por ejemplo, podemos comunicar su información médica con respecto a una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo a administradores de compensaciones, aseguradoras y otras personas responsables de evaluar su petición de beneficios de compensación al trabajador.

**PARA DIVULGACIONES DE SALUD PÚBLICA** Podemos utilizar o divulgar información médica sobre usted para propósitos de salud pública. Estos propósitos generalmente incluyen:

- para prevenir o controlar enfermedades (tales como cáncer o tuberculosis), lesiones o discapacidades;
- para reportar nacimientos y muertes;
- para reportar un posible abuso o descuido infantil, o para identificar a posibles víctimas de abuso, descuido o violencia doméstica;
- para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos o dispositivos médicos;
- para notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad, o que puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; y
- para cumplir con las leyes federales y estatales que rigen la seguridad de sitios de trabajo.

**PARA ACTIVIDADES DE INSPECCIÓN DE SALUD** Como proveedores de cuidados de salud, estamos sujetos a inspecciones de agencias de certificación, de licencias, federales y estatales. Estas agencias pueden realizar auditorías de nuestras operaciones y actividades, y en este proceso, pueden evaluar su información médica.

**PARA DEMANDAS Y OTRAS ACCIONES LEGALES** En relación con demandas, u otros procedimientos legales, podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación, solicitud de presentación de pruebas, orden legal, emplazamiento u otro proceso legal. Podemos divulgar su información médica a cortes, abogados y empleados de la corte durante el transcurso de la custodia y ciertos otros procedimientos judiciales o administrativos. También podemos utilizar y divulgar su información médica, hasta donde lo permita la ley, sin su permiso para defender una demanda.

**PARA LAS AUTORIDADES ENCARGADAS DEL CUMPLIMIENTO DE LA LEY** Podemos divulgar información médica si así nos lo solicita una autoridad competente, y según lo autorice o requiera la ley:

- para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- sobre una posible víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el acuerdo de la persona;
- sobre una muerte posiblemente resultante de conducta criminal;
- sobre actividad criminal en una de nuestras instalaciones; y
- en caso de una emergencia médica, para reportar un crimen; la ubicación del crimen o de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

**A FORENSES Y DIRECTORES DE FUNERARIAS** Podemos divulgar información médica a un forense o médico legista para identificar a una persona fallecida, o para determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar información médica sobre pacientes a directores de funerarias, según sea necesario, para que realicen sus funciones.

**RECLUSOS** Si usted es un recluso de una institución correccional, o está bajo la custodia de un oficial del orden, podemos divulgar información médica sobre usted a la institución correccional para ciertos propósitos, por ejemplo, para proteger su salud o seguridad o la de otras personas. Nota: Bajo la ley federal que nos requiere proporcionarle esta Notificación, los reclusos no tienen los mismos derechos de otras personas para controlar su información médica.

#### **TODOS LOS OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA REQUIEREN SU PREVIA**

**AUTORIZACIÓN POR ESCRITO** Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos por esta Notificación o por las leyes que nos corresponden, sólo se realizarán con su autorización por escrito. Si nos autoriza utilizar o divulgar información médica sobre usted, puede revocar dicha autorización, por escrito, en cualquier momento. Por favor tome en cuenta que la revocación no se aplicará a cualquier uso o divulgación autorizados de su información médica que se realizó antes que recibiéramos su revocación. También, si autorizó asegurar una póliza de seguro, incluyendo una cobertura de cuidados de salud de nuestra parte, podría no permitírsele que la revoque hasta que el asegurador ya no pueda impugnar la póliza emitida a usted o una indemnización bajo la póliza.

**SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA** Su información médica es propiedad del Patient Care Center. Sin embargo, usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica, tales como sus registros médicos y de facturación. Esta sección describe cómo usted puede ejercer estos derechos.

**DERECHO A INSPECCIONAR Y RECIBIR COPIAS** Con ciertas excepciones, usted tiene el derecho de ver y recibir copias de su información médica que se utilizó para tomar decisiones sobre su cuidado, o decisiones sobre los beneficios de su plan de salud. Si le gustaría ver o recibir una copia de dichos registros, por favor escríbanos a la dirección donde recibió el cuidado. Si desconoce dónde se encuentra la información de un familiar u otra persona involucrada en su cuidado, por favor escríbanos a Western University of Health Sciences, Patient Care Center, 795 E. Second St., Suite 5, Pomona, CA 91766-2007. Podríamos cobrarle una cuota por los costos de copiar, enviar u otros suministros relacionados a su solicitud. Si el registro que solicitó no está en nuestro poder, pero sabemos quién lo tiene, le notificaremos a quién debe contactar para solicitarlo. En ciertas circunstancias muy limitadas, podemos rechazar su solicitud de inspeccionar y copiar sus registros. Si se le niega el acceso a la información médica, en la mayoría de los casos, puede solicitar que se revise la denegación. Otro profesional certificado de cuidados de salud, seleccionado por el Patient Care Center, revisará su solicitud y la denegación. La persona que realice la revisión no será la persona que rechazó su solicitud. Cumpliremos con el resultado de la revisión.

**DERECHO A CORREGIR O ACTUALIZAR SU INFORMACIÓN** Si piensa que la información está incorrecta o incompleta, puede solicitarnos la corrección, o que agreguemos información (enmienda) a su registro. Por favor escríbanos y díganos lo que está solicitando y por qué deberíamos realizar la corrección o adición. Envíe su solicitud a Western University of Health Sciences Patient Care Center, 795 E. Second St., Suite 5, Pomona, CA 91766-2007. También podemos rechazar su solicitud si no está por escrito o no incluye una razón que respalde la petición. Además, podemos rechazar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que:

- no fue creada por nosotros;
- no es parte de la información médica mantenida por o para nosotros;
- no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o
- está correcta y completa en el registro.

Le notificaremos nuestra decisión dentro de los siguientes 60 días de su solicitud. Si estamos de acuerdo con usted, realizaremos la corrección o adición a su registro. Si rechazamos su solicitud, tiene el derecho de entregar un apéndice, u hoja escrita por usted, sin exceder las 250 palabras, con respecto a cualquier artículo o declaración que piensa está incompleta o incorrecta en su registro. Si usted claramente indica por escrito que desea que el apéndice sea parte de su registro médico, lo anexaremos a sus registros y lo incluiremos en cualquier momento que realicemos una divulgación del artículo o declaración que piensa está incompleta o incorrecta.

**DERECHO A UN LISTADO DE DIVULGACIONES** Usted tiene el derecho de recibir un listado de las divulgaciones de su información médica que hemos realizado. Una contabilización o listado no incluye ciertas divulgaciones, por ejemplo, divulgaciones para realizar tratamiento, pagos, y operaciones de cuidados de salud; divulgaciones que ocurrieron antes del 1 de enero de 2010; divulgaciones que usted nos autorizó por escrito; divulgaciones de su información médica realizadas a usted; divulgaciones a personas actuando de su parte. Para solicitar este listado o contabilización de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito a Western University of Health Sciences Patient Care Center, 795 E. Second St., Suite 5, Pomona, CA 91766-2007. Su solicitud debe indicar el periodo de tiempo cubierto, el cual no debe exceder seis años y no puede incluir fechas antes del **14 de abril de 2003**. Tiene derecho a recibir sin ningún costo un listado de divulgaciones durante cualquier periodo de 12 meses. Si solicita cualquier listado adicional menos de 12 meses después, podemos cobrar una cuota.

**DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES EN LOS USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica que utilizamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pagos u operaciones de cuidados de salud. Sin embargo, por ley, no se nos exige estar de acuerdo con su solicitud. Debido a que creemos firmemente que esta información es necesaria para manejar adecuadamente el cuidado de nuestros pacientes, rara vez otorgamos dicha solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe hacerlo por escrito a Western University of Health Sciences Patient Care Center, 795 E. Second St., Suite 5, Pomona, CA 91766-2007. Debe indicarnos en su solicitud (1) cuál información desea restringir; (2) si desea restringir el uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea aplicar las restricciones, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

**DERECHO A SELECCIONAR CÓMO LE ENVIAMOS INFORMACIÓN MÉDICA** Tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted, con respecto a asuntos médicos, de una cierta forma o en una cierta ubicación. Por ejemplo, puede solicitar que sólo lo llamemos al trabajo o que utilicemos un P.O. Box al enviarle correspondencia. Para solicitar que nos comuniquemos confidencialmente, debe hacerlo por escrito, especifique cómo o dónde desea que lo contactemos, y envíe la solicitud a Western University of Health Sciences Patient Care Center, 795 E. Second St., Suite 5, Pomona, CA 91766-2007. Cuando razonable y legalmente podamos cumplir con su solicitud, lo haremos.

**DERECHO A RECIBIR UNA COPIA IMPRESA DE ESTA NOTIFICACIÓN** Usted tiene el derecho a recibir una copia impresa de esta Notificación cuando así lo solicite. Puede hacerlo de tres formas: solicitar una copia en el área de registro del Centro; escribir a Western University of Health Sciences Patient Care Center, 795 E. Second St., Administration, Pomona, CA 91766-2007; o llamar al (909) 706-3900. También puede obtener una copia de esta Notificación de Prácticas de Privacidad en nuestra página web: <http://www.WesternUPCC.com>.

**CAMBIOS A ESTA NOTIFICACIÓN** Podemos realizar cambios a esta Notificación y a nuestras prácticas de privacidad en cualquier momento, siempre y cuando el cambio cumpla con las leyes estatales y federales. Cualquier Notificación enmendada aplicará tanto a la información médica que ya tenemos de usted al momento del cambio, y a cualquier información médica creada o recibida después que el cambio tome efecto. Publicaremos una copia de nuestra Notificación vigente en el Centro y en nuestra página web en: <http://www.WesternUPCC.com>. La fecha efectiva de esta Notificación se encontrará en la primera página, en la esquina superior derecha.

**PREGUNTAS** Si tiene alguna pregunta sobre esta Notificación, por favor contacte al Western University of Health Sciences Patient Care Center, 795 E. Second St., Administration, Pomona, CA 91766-2007. La Oficina de Derechos Civiles ha establecido una “línea de privacidad” gratuita para permitir que las personas realicen preguntas relacionadas a las leyes de privacidad. Puede llamar a la línea de privacidad al 1-866-627-7748, o puede llamar al 1-415-437-8310

**QUEJAS** Si piensa que sus derechos de privacidad han sido violados, puede interponer una queja con cualquiera de los siguientes:

- Puede escribir al Western University of Health Sciences Patient Care Center, 795 E. Second St., Administration, Pomona, CA 91766-2007, o llamar al (909) 469-8616. Puede presentar una queja por escrito ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Las instrucciones sobre cómo interponer una queja pueden consultarse en la página web de la Oficina de Derechos Civiles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- Puede llamar a la Oficina Federal de Derechos Civiles en San Francisco al (415) 437-8310 o llamar al (800) 368-1019.

**No tomaremos represalias contra usted si presenta una queja sobre nuestras prácticas de privacidad.**

Esta Declaración de Derechos del Paciente 45 CFR § 164.520(a)(1) y 42 C.F.R. Sección 482.13 (Condiciones de Participación de Medicare)