



**INFORME SOBRE NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD  
DEL  
REGIONAL MEDICAL CENTER AT MEMPHIS**

**Incluye:**

- **LAS CLÍNICAS DEL MEDPLEX**
- **LA FARMACIA DEL MEDPLEX**
- **LAS CLÍNICAS DEL HEALTH LOOP**
- **EL HOSPITAL DE REABILITACIÓN**

**ESTE INFORME DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y  
DIVULGAR SU HISTORIA MÉDICA  
Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ELLA.  
POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.**

**Efectivo: Enero 1, 2007-01-14**

**Si tiene alguna pregunta o consulta o si necesita registrar una queja,  
por favor comuníquese con:**

<b>Intermediarios(as) para Pacientes:</b>	<b>(901) 545-7123</b>
<b>La Oficina de Normas de Confidencialidad</b>	<b>(901) 545- 6146</b>
<b>La Oficina para Cumplimiento de Normas del Health Loop</b>	<b>(901) 515-4576</b>

## INDICE

---

<u>Tema</u>	<u>Página</u>
A. Tenemos el deber legal de proteger el Informe médico sobre su salud. Este Informe se llama Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) y nos referimos a ella como <b>IMP</b> .	3
B. Podemos utilizar y divulgar su IMP en las siguientes circunstancias:	4
1. Podemos utilizar y divulgar su IMP para proporcionarle tratamiento médico.	4
2. Podemos utilizar y divulgar su IMP para obtener pagos por los servicios prestados.	4
3. Podemos utilizar y divulgar su IMP para operaciones sobre cuidados médicos.	5
4. Podemos utilizar y divulgar su IMP sin su autorización, en algunas circunstancias.	6
5. Usted puede oponerse a ciertos usos y divulgaciones.	7
6. Podemos comunicarnos con usted para recordarle sus citas.	7
7. Podemos comunicarnos con usted para informarle sobre tratamientos, servicios, productos o profesionales de salud.	8
8. Podemos comunicarnos con usted para actividades de apoyo y recaudación de fondos.	8
C. Usted tiene varios derechos relacionados con su IMP.	8
1. Tiene el derecho de pedir restricciones en los usos y divulgaciones de su IMP.	8
2. Tiene el derecho de pedir diferentes maneras de comunicarnos con usted.	9
3. Tiene el derecho de revisar y de pedir una copia de su IMP.	9
4. Tiene el derecho de pedir cambios o correcciones en su IMP.	9
5. Tiene el derecho de pedir una lista de las divulgaciones que hemos llevado a cabo.	10
6. Tiene el derecho a una copia de este Informe.	11
D. Puede tramitar una queja sobre nuestras normas de confidencialidad.	11
E. Fecha de vigencia de este Informe:	11

**A. TENEMOS EL DEBER LEGAL DE PROTEGER EL INFORME MÉDICO SOBRE SU SALUD**

---

¿Quiénes somos? Este Informe declara las normas de confidencialidad del Regional Medical Center at Memphis y de sus afiliados, como se especificó en la página 1. Este Informe también cubre las normas de confidencialidad de los médicos y otros profesionales de salud, cuando ellos le ven o tratan en el mencionado hospital. Si visita a un médico en su oficina privada, usted puede pedir para leer y examinar el Informe sobre Normas de Confidencialidad propias de él.

Estamos obligados a proteger el Informe privado de su salud y lo que pueda identificarle, a esto le llamamos “información médica protegida” o IMP para acortarlo. Debemos darle información de nuestras obligaciones legales y prácticas de confidencialidad referentes a la IMP:

- Debemos proteger la IMP que hemos creado o recibido sobre su condición de salud pasada, presente o futura, los cuidados que le proporcionemos o los pagos por dichos servicios.
- Debemos informarle sobre cómo protegeremos su IMP.
- Debemos explicarle cómo, cuándo y por qué usamos o divulgamos su IMP.
- Debemos utilizar y/o divulgar su IMP únicamente como lo hemos descrito en este Informe.

Este Informe describe las diferentes clases de usos y divulgaciones que podemos efectuar y le da algunos ejemplos. Además podemos hacer otras divulgaciones y usos que se presenten como derivados de los permitidos y descritos aquí.

Significado de “uso” y “divulgación”: decimos “usamos” su IMP cuando nos referimos a funciones que son de carácter interno para nuestra organización de salud. Cuando decimos “divulgamos” su IMP, queremos decir que las personas y organizaciones con las cuales compartiremos el Informe son externas a nuestra organización.

Estamos obligados a cumplir los procedimientos de este Informe. Nos reservamos el derecho de enmendar términos y de crear nuevas normas con respecto a toda la IMP que conservamos, pero primero:

- Publicamos el Informe enmendado en nuestras oficinas.
- Hacemos copias del Informe enmendado las cuales están a su disposición cuando las solicite (en nuestras oficinas o a las personas aquí mencionadas).
- Publicamos el Informe enmendado en nuestros sitios de la red.

---

## **B. PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU IMP SIN SU AUTORIZACIÓN EN LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS**

---

### **1. Podemos utilizar y divulgar su IMP para proporcionarle tratamiento médico.**

Podemos utilizar y divulgar su IMP para proporcionar, coordinar o administrar los cuidados de su salud y los servicios relacionados. Esto puede incluir comunicarnos con otros profesionales de salud en referencia al tratamiento, coordinación y administración de su salud. Podemos utilizar y divulgar su IMP cuando necesite una receta, exámenes de laboratorio, rayos-x u otros servicios de salud. Además, podemos divulgar su IMP cuando le recomendemos a otro profesional de salud.

**EJEMPLO:** Si un médico le está tratando por la fractura de una pierna, debe saber si usted tiene diabetes porque la diabetes puede demorar el proceso de curación de la fractura. Por otra parte, el médico n informarle a la dietista sobre su diabetes para que podamos ordenarle alimentos apropiados. También puede ser necesario para los diferentes departamentos del hospital saber su IMP para coordinar los diferentes servicios que pueda necesitar, tales como recetas, exámenes de laboratorio y rayos-x. Podemos también divulgar su IMP a personas fuera del hospital involucradas en sus cuidados médicos después de su salida del hospital, tales como profesionales de salud en el hogar (o en el hospicio) u otros que puedan proporcionarle servicios que son parte de su cuidado.

### **2. Podemos utilizar y divulgar su IMP para obtener pagos por los servicios prestados.**

En general, podemos utilizar y divulgar su información médica a otros para enviar y cobrar los pagos por el tratamiento y los servicios proporcionados. Antes de que usted reciba el plan de servicios, podemos darle información a su plan o planes de salud acerca de estos servicios. Compartir este Informe nos ayuda a obtener con anterioridad autorización, para determinar si su plan o póliza cubre los pagos antes de que le proporcionemos los servicios. También podemos compartir partes de su información médica con los siguientes departamentos o agencias:

- Los Departamentos de Cuentas (Finanzas).
- Los Departamentos o agencias de cobros.
- Las Compañías de seguros médicos, los planes de salud y otros agentes que le proporcionen cobertura médica.
- Los Departamentos del hospital que revisaron el cuidado que recibió para verificar y asegurar que los costos con él asociados fueron apropiados para su enfermedad o lesión.
- Las agencias de reportes al consumidor o agencias de crédito.

**EJEMPLO:** Supongamos que tiene una pierna fracturada. Podemos necesitar darle a su plan o planes de salud, información sobre su condición, los materiales usados (tales como yeso o muletas), los servicios recibidos (tales como rayos-x o cirugía). El Informe se le da a nuestro departamento de cuentas y a su plan de seguro médico para que de ésta manera nos paguen o para que le puedan devolver a usted, si es el caso. También podemos enviar la misma información a nuestro departamento del hospital que revisa cómo le cuidamos durante su enfermedad o lesión.

### **3. Podemos utilizar y divulgar su IMP para operaciones sobre cuidados de salud.**

Podemos utilizar y divulgar la IMP para llevar a cabo actividades de negocios las cuales llamamos “operaciones sobre cuidados de salud.” Estas “operaciones sobre cuidados de salud” nos permiten mejorar la calidad de los cuidados que proporcionamos y reducir sus costos. A continuación hay ejemplos de algunos casos en los que podemos utilizar o divulgar su IMP para operaciones sobre cuidados de salud.

- Revisar y mejorar la calidad, eficiencia y costos de la atención que le proporcionamos a usted y a otros de nuestros pacientes. Por ejemplo, podemos utilizar su IMP para desarrollar métodos de ayuda para nuestros profesionales de salud y equipo de empleados, para decidir cual tratamiento médico debe proporcionársele a otros pacientes.
- Mejorar los cuidados de salud y bajar los costos para grupos de personas con similares problemas de salud y para ayudar a administrar y coordinar sus cuidados. Podemos utilizar la IMP para identificar estos grupos de personas para darles información sobre tratamientos alternos, clases o nuevos procedimientos. Sin embargo, no daremos a estos grupos de personas ninguna información que pudiera identificarle.
- Revisar y evaluar los conocimientos, capacidades y eficacia de los profesionales de salud que le prestan cuidados.
- Ofrecer programas de entrenamiento para estudiantes, aprendices, profesionales de salud y no profesionales de salud (tales como empleados de facturación o asistentes, etc.) para ayudarles a practicar y mejorar sus conocimientos.
- Cooperar con organizaciones externas que evalúan la calidad de la atención que tanto nosotros como otros proporcionamos. Estas organizaciones podrían incluir agencias del gobierno, comisiones de permisos u organismos de certificación tales como *Joint Comisión on Accreditation of Healthcare Organizations*.
- Cooperar con organizaciones externas que evalúan, certifican u otorgan licencias a profesionales de salud, empleados o instalaciones en una especialidad o campo particular. Por ejemplo, podemos utilizar o divulgar la IMP para que una de nuestras enfermeras pueda llegar a ser certificada por su experiencia en un campo específico de enfermería, tal como enfermera de pediatría.
- Asistir a varias personas que revisan nuestras actividades, por ejemplo, la IMP puede ser revisada por los médicos para verificar los servicios que le proporcionamos, por contadores, abogados y otras personas que nos ayudan a cumplir con las leyes que aplican.
- Planear para futuras operaciones y para actividades de apoyo y recaudación de fondos para el beneficio de nuestra organización.
- Llevar a cabo negocios y actividades generales de administración relacionadas con la organización y los servicios que proporcionamos incluyendo este Informe.
- Resolver quejas dentro de nuestra organización.

- Revisar las actividades en el uso y divulgación de la IMP en caso de que vendamos nuestra organización o propiedad o demos control de nuestros negocios o propiedad a otros.
- Cumplir con este Informe y con las leyes que aplican.

#### **4. Podemos utilizar y divulgar su IMP sin su autorización, en otras circunstancias.**

Podemos divulgar su IMP por un número de circunstancias en las cuales usted no tiene que aprobar ni dar su autorización ni de ninguna otra manera tener la oportunidad de estar de acuerdo o contradecir. Los ejemplos siguientes son algunos de los casos en los cuales puede ser necesario que divulguemos su IMP sin su autorización. Nota: si usted pide una lista de las divulgaciones de su IMP (vea la página 10), la mayoría de éstas le serán reportadas si se llevan a cabo.

- Cuando la divulgación es solicitada por la ley federal, estatal o local u otro procedimiento judicial o administrativo. Por ejemplo, podemos divulgar su IMP para responder a una orden judicial de la corte.
- Cuando la divulgación es necesaria para actividades de salud pública. Por ejemplo, podemos divulgar su IMP si ha estado expuesto a una enfermedad contagiosa o de alguna manera podría estar a riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.
- Cuando la divulgación se refiere a víctimas de abuso, negligencia o de violencia doméstica.
- Cuando la divulgación es para la supervisión de actividades de salud. Por ejemplo, podemos divulgar su IMP a las agencias estatales o federales para protección de la salud las cuales son autorizadas por la ley para supervisar nuestras operaciones.
- Cuando la divulgación tiene como propósito respetar la ley. Por ejemplo, podemos divulgar su IMP para cumplir con las leyes que ordenan reportar ciertos tipos de heridas u otras lesiones físicas.
- Cuando la divulgación es para seguimientos no reglamentarios y para el índice de análisis estadísticos de ciertas enfermedades o condiciones. Por ejemplo, podemos divulgar su IMP a un registro de tumores.
- Cuando la divulgación se refiere a difuntos. Por ejemplo, podemos divulgar su IMP al funcionario encargado de investigar las causas de muertes repentinas, violentas o inesperadas, o a un médico forense con el propósito de identificarle si muere.
- Cuando la divulgación está relacionada a órganos de cadáver, ojos o tejidos con el propósito de donarlos.
- Bajo ciertas circunstancias, podemos limitar la divulgación de su IMP para investigación médica.
- Cuando la divulgación es para evitar serias amenazas a la salud y a la seguridad. Por ejemplo, podemos divulgar su IMP para prevenir o disminuir una amenaza seria e inmediata para la salud y seguridad de una o más personas.

- Cuando la divulgación está relacionada a funciones gubernamentales especializadas. Por ejemplo, podemos divulgar su IMP si está relacionada a actividades militares y de veteranos, seguridad nacional y actividades de inteligencia, servicios de protección para el Presidente. También podemos divulgar su determinación o aptitud médica a los funcionarios del Departamento del Estado.
- Cuando la divulgación está relacionada a instituciones correccionales y a otras situaciones de custodia del cumplimiento de la ley. Por ejemplo, en ciertas circunstancias, podemos divulgar su IMP a una institución correccional que tenga su custodia legal.
- Cuando la divulgación está relacionada a reclamos de *Workers Compensation* (Compensación o Indemnización de Trabajadores).

## **5. Usted puede oponerse a ciertos usos y divulgaciones.**

A menos que usted se oponga, podemos utilizar y divulgar su IMP en las siguientes circunstancias:

- Podemos facilitar su nombre, el número de su cuarto y de su teléfono y su condición en nuestra lista de pacientes, a personas que pregunten por usted dándonos su nombre propio. También podemos proporcionar su afiliación religiosa al clero.
- Podemos facilitar su IMP a un miembro de su familia, pariente, amigo o a cualquier otra persona por usted identificada, directamente relacionada en la participación de su cuidado o sus pagos. Podemos facilitar información necesaria sobre su IMP a un familiar, a un representante personal o a cualquier otra persona responsable por su cuidado, para notificarles su ubicación, condición general o muerte.
- Podemos facilitar su IMP a una agencia pública o privada (por ejemplo, La Cruz Roja) para propósitos de asistencia en casos de desastre. Aunque se oponga, podemos facilitar su IMP durante emergencias extremas, si fuere necesario.
- Enviamos información sobre su salud al *Midsouth eHealth Alliance*, un sistema de información de esfuerzo comunitario que permite a otros hospitales y a profesionales de salud tener acceso a ella, si necesita diagnósticos o tratamiento. Comuníquese con nuestro Agente de Normas de Confidencialidad al (901) 545-6164 si tiene preguntas o inquietudes.

Si necesita oponerse al uso y divulgación que daríamos a su IMP en cualquiera de las circunstancias enumeradas en la Sección 5, por favor comuníquese con la persona al cuidado de la salud o con un(a) intermediario para pacientes. También puede llamar a nuestra persona de contacto que aparece en la carátula de este Informe. Después de su visita, puede enviar una solicitud escrita a: The MED, Suite A130, 877 Jefferson Avenue, Memphis, TN 38103. ATTN: Privacy Officer.\*

\* Para los pacientes de las Clínicas del *Healthloop*: por favor dirigirse a la página 11 para números de teléfonos y direcciones alternas.

## **6. Podemos comunicarnos con usted para recordarle su cita.**

Podemos comunicarnos con usted para recordarle la cita que tiene para tratamiento o cuidado médico.

**7. Podemos comunicarnos con usted para informarle sobre tratamientos, servicios, productos o profesionales de salud.**

Podemos utilizar y/o divulgar la IMP para manejar y coordinar sus cuidados médicos. Esto podría incluir hablarle sobre tratamientos, servicios, productos y/o diferentes profesionales de salud. También podemos utilizar su IMP para darle regalos de poco valor.

***EJEMPLO:*** Si le han diagnosticado diabetes, podemos informarle sobre servicios de nutrición y de consejería que podrían interesarle.

**8. Podemos comunicarnos con usted para actividades de apoyo y recaudación de fondos.**

Podemos divulgar su IMP a *The Med Foundation*, para comunicarnos con usted para las actividades de apoyo y de recaudación de fondos. Daríamos información únicamente para que se comuniquen con usted, como también las fechas en que recibió tratamiento o servicios en el hospital. Si no está de acuerdo puede enviar una solicitud escrita a: The MED, Suite A130, 877 Jefferson Avenue, Memphis, TN 38103. ATTN: Privacy Officer.

**\*\*CUALQUIER OTRO USO O DIVULGACIÓN DE SU IMP  
REQUIERE SU AUTORIZACIÓN ESCRITA\*\***

Le pediremos una autorización escrita antes de usar o divulgar su IMP para cualquier otro propósito que no ha sido mencionado anteriormente. Si firma una autorización escrita permitiéndonos divulgar su IMP para una situación específica, puede cancelarla por escrito más tarde. Si cancela su autorización por escrito, no divulgaremos su IMP después de recibir su cancelación, excepto para divulgaciones procesadas antes de recibirla. Usted puede enviarnos una solicitud escrita para autorizar la entrega de su información médica a: The MED, 877 Jefferson Avenue, Memphis, TN 38103. ATTN: *Health Information Management Department (HIM Department)*.\*

\* Para los pacientes de la Farmacia *MedPlex* y las Clínicas del *Healthloop*: por favor dirigirse a la página 11 para números de teléfonos y direcciones alternas.

---

**C. USTED TIENE VARIOS DERECHOS RELACIONADOS CON SU IMP.**

---

**1. Tiene el derecho de solicitar restricciones en los usos y divulgaciones de su IMP.**

Tiene el derecho de solicitar que utilicemos y divulguemos su IMP de una manera limitada. No estamos obligados a estar de acuerdo con las limitaciones de su solicitud. Sin embargo, aunque aceptemos su solicitud, en ciertas situaciones no podemos ceñirnos a sus restricciones. Estas situaciones incluyen tratamientos de emergencia, divulgaciones al *Secretary of the Department of Health and Human Services* (Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos); usos y divulgaciones descritas en el párrafo 4 de la sección B de este Informe. Usted puede solicitar una restricción durante su visita, comunicándole su

pedido a nuestro(a) Intermediario(a) para Pacientes; después de su visita, puede enviar su solicitud escrita a: The MED, Suite A130, 877 Jefferson Avenue, Memphis, TN 38103. ATTN: Privacy Officer.\*

\* Para los pacientes de las Clínicas del *Healthloop*: por favor dirigirse a la página 11 para números de teléfonos y direcciones alternas.

## **2. Tiene el derecho de solicitar diferentes maneras de comunicarnos con usted.**

Tiene el derecho de solicitar cómo y cuándo nos comunicamos con usted sobre su IMP. Por ejemplo, puede solicitar que le notifiquemos a la dirección o teléfono de su trabajo o por correo electrónico. Su solicitud debe ser por escrito. Debemos aceptar solicitudes razonables, pero cuando sea necesario, podemos pedirle que nos proporcione información relacionada a la manera cómo los pagos pueden ser manejados, en caso de que tenga que hacerlos, sus especificaciones sobre una dirección alterna u otro método de contacto. Puede solicitar otros métodos de comunicación enviando su pedido por escrito a: The MED, 877 Jefferson Avenue, Memphis, TN 38103. ATTN: HIM Department.\*

\* Para los pacientes de la Farmacia *MedPlex* y las Clínicas del *Healthloop*: por favor dirigirse a la página 11 para números de teléfonos y direcciones alternas.

## **3. Tiene el derecho de revisar y de pedir una copia de su IMP.**

Tiene el derecho de solicitar de revisar y recibir una copia de su historia clínica existente en los archivos médicos, financieros y otros archivos usados para tomar decisiones sobre usted. Su solicitud debe hacerse por escrito. Podemos cobrarle los pagos correspondientes. Podemos sustituir el Informe por un resumen o explicación de su historia clínica, si está de acuerdo por anticipado con la forma y costo. Existen ciertas situaciones por las cuales no estamos obligados a cumplir con su solicitud. En estas circunstancias, le responderemos por escrito, explicándole porque no aceptamos su solicitud y describiéndole cualquier derecho que pudiera tener para solicitar una revisión a nuestra negación. Para solicitar, revisar y recibir una copia de su historia clínica, primero llame al (901) 545-7581\* y pida instrucciones. Se le pedirá que envíe una solicitud escrita a: The MED, 877 Jefferson Avenue, Memphis, TN 38103. ATTN: HIM Department.\*

\* Para los pacientes de la Farmacia *MedPlex* y las Clínicas del *Healthloop*: por favor dirigirse a la página 11 para números de teléfonos y direcciones alternas.

## **4. Tiene el derecho de solicitar enmiendas o correcciones en su IMP.**

Tiene el derecho de solicitar que hagamos enmiendas o correcciones en su historia clínica, en los archivos financieros y otros archivos usados para tomar decisiones sobre usted. Su solicitud debe ser escrita y debe explicar su razón o razones para las enmiendas o correcciones. Podemos negar su solicitud si:

1. La información no fue elaborada por nosotros (a no ser que pruebe que quien elaboró el Informe no está a la disposición del interesado para hacer cambios en la historia médica).
2. La información no es parte de la historia clínica usada para tomar decisiones sobre usted.
3. Creemos que la información que tenemos es correcta y completa.

4. No tuviese el derecho de revisar ni de copiar su historia médica como se describió anteriormente en el párrafo 3.

Si negamos su solicitud, le explicaremos por escrito las razones para la negación y describiremos sus derechos para darnos una declaración escrita por estar en desacuerdo con dicha negación. Si aceptamos su solicitud para enmendar la información, adjuntaremos a la historia médica original la correcta, identificándola como enmendada; haremos esfuerzos razonables para informar a otros sobre la modificación, incluyendo a personas que usted nombró y que recibieron su IMP y quienes necesitan la modificación. Para solicitar una enmienda de su IMP, primero llame al (901) 545-7581\* y pida instrucciones. Se le pedirá que envíe una solicitud escrita a: The MED, 877 Jefferson Avenue, Memphis, TN 38103. ATTN: HIM Department.\*

\* Para los pacientes de la Farmacia *MedPlex* y de las Clínicas del *Healthloop*: por favor dirigirse a la página 11 para números de teléfonos y direcciones alternas.

## **5. Tiene el derecho de pedir una lista de las divulgaciones que hemos llevado a cabo.**

Si envió una solicitud escrita, puede recibir una lista impresa de nuestras divulgaciones sobre su IMP. Puede pedir las divulgaciones hechas durante los seis (6) años anteriores a su petición (no incluye divulgaciones hechas antes del 14 de abril de 2003). Estamos obligados a proporcionar una lista de todas las divulgaciones, excepto de las siguientes:

- Para su tratamiento.
- Para cuentas y cobros de pagos por su tratamiento.
- Para nuestras operaciones sobre cuidados médicos.
- Hechas a usted, solicitadas por usted o que usted autorizó.
- Para usos y divulgaciones que se presenten como derivados de los permitidos.
- Facilitadas a individuos involucrados en su cuidado, para propósitos del directorio o notificación del hospital y para otros propósitos descritos anteriormente en la sección B, párrafo 5.
- Permitidas como parte de un conjunto limitado de información por medio del cual no le identificarían directamente.

La lista incluirá la fecha de la divulgación, el nombre (y dirección, si disponible) de la persona u organización que reciba la información; una breve descripción de la información divulgada y el propósito para hacerla. Si bajo circunstancias permitidas, su IMP ha sido divulgada a ciertos tipos de proyectos de investigación, la lista podría incluir información diferente o adicional. Si usted solicita una lista de divulgaciones más de una vez en doce (12) meses, podemos cobrarle una suma razonable.

Para solicitar una lista de las divulgaciones que hemos hecho, primero llame al (901) 545-7581\* y pida instrucciones. Se le pedirá que envíe una solicitud escrita a: The MED, 877 Jefferson Avenue, Memphis, TN 38103. ATTN: HIM Department.

\* Para los pacientes de la Farmacia *MedPlex* y de las Clínicas del *Healthloop*: por favor dirigirse a la página 11 para números de teléfonos y direcciones alternas.

## 6. Tiene el derecho a una copia de esta Información.

Usted tiene el derecho a solicitarnos una copia impresa de este Informe en cualquier momento durante su visita. En cualquier otra ocasión, puede enviar una solicitud escrita a: The MED, Suite A130 877 Jefferson Avenue, Memphis, TN 38103. ATTN: Privacy Officer. También podría leer e imprimir una copia en nuestro sitio de la Red: <http://the-med.org>

Proporcionaremos una copia de este Informe inmediatamente después de la fecha en que recibió nuestros servicios (excepto por servicios de emergencia cuando le proporcionaremos el Informe lo más pronto que nos sea posible).

### Teléfonos y Direcciones Alternas para contactos:

- *Medplex Pharmacy* (Farmacia) (901) 545-7132
- *Medical Record Control* (Control de Historias Médicas) para cualquier Clínica del *HealthLoop* (901) 515-4526  
Dirección: Quinto Piso Adams Pavillion, 877 Jefferson Avenue, Memphis, TN 38103. ATTN: Medical Records Manager
- *Healthloop Compliance Office* (Oficina para el Cumplimiento de Normas del Healthloop) (901) 515-4576  
Dirección: Quinto Piso Adams Pavillion, 877 Jefferson Avenue, Memphis, TN 38103. ATTN: Director of Compliance

---

## **D. PUEDE TRAMITAR UNA QUEJA SOBRE NUESTRAS NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD**

Si considera que hemos violado sus derechos de confidencialidad o si desea presentar una queja sobre nuestras normas de confidencialidad, por favor llame a uno de los siguientes números telefónicos:

- Intermediarios(as) para Pacientes:  
*Disponible a todas horas para pacientes hospitalizados* (901) 545-7123
- La Oficina para Cumplimiento de Normas del Health Loop (901) 515-4576
- La Oficina de Normas de Confidencialidad (901) 545-6146  
Correo electrónico: [jwood@the-med.org](mailto:jwood@the-med.org) Busca personas: (901) 790-9920

También podría enviar una queja por escrito al: Secretary of the United States Department of Health and Human Services o una queja por línea electrónica a: <http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/>

Si presenta una queja, no tomaremos ninguna acción contra usted ni cambiaremos de ninguna manera el modo como le tratamos.

---

## **E. FECHA DE VIGENCIA DE ESTE INFORME**

Este Informe sobre Normas de Confidencialidad entra en vigencia el día primero de enero de 2007.

**Notas:**