

AVISO COMPLETO SOBRE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigor: 07/14/2025

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD, CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN, SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD, CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA EN RELACIÓN CON UNA VIOLACIÓN DE LA PRIVACIDAD O SEGURIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD O DE SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN.

REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Tiene derecho a obtener una copia de este aviso (impresa o en formato electrónico) y a consultarlo con el Departamento de Salud Pública llamando sin costo a la Línea de Privacidad al 1-855-729-6040 O enviando un correo electrónico a compliance.privacy@sfdph.org si tiene alguna pregunta.

A QUIÉNES SE DIRIGE ESTE AVISO:

El aviso del Departamento de Salud Pública (Department of Public Health, DPH) de San Francisco se aplica a los siguientes:

- ◆ Cualquier persona que esté autorizada a ingresar información en su historia clínica del DPH.
- ◆ Todos los departamentos y unidades del DPH, los afiliados del DPH y los proveedores contratados o socios comerciales del DPH que estén autorizados para leer, utilizar o distribuir la información personal de salud de los pacientes.
- ◆ Miembros de grupos de voluntarios que le proporcionan ayuda mientras recibe atención del DPH.
- ◆ Trabajadores de la salud del DPH y empleados de la Universidad de California en San Francisco que trabajan con el DPH.
- ◆ Personas que asisten a la escuela para ser trabajadores de la atención médica y maestros que ayudan a brindarle atención médica en el DPH, por ejemplo, residentes médicos, estudiantes de medicina, estudiantes de enfermería, académicos o estudiantes de posgrado.

COMPROMISO DEL DPH CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD:

En el Departamento de Salud Pública de San Francisco sabemos que su salud y su información de salud son personales. Nos comprometemos a proteger su información de salud. Creamos un registro de la atención y los servicios que usted recibe en el DPH. Este registro es necesario para brindarle atención médica de calidad y cumplir las leyes federales y de California. Este aviso se aplica a todos los registros de su atención que conserva el DPH.

El DPH registra y almacena la información de los pacientes de forma impresa y en computadoras. Los trabajadores de la atención médica, los enfermeros y los médicos comparten esta información entre sí para cuidar su salud.

La ley exige que el DPH:

- ◆ mantenga un registro de la atención que le brinda;
- ◆ se asegure de que la información de salud que podría utilizarse para identificarle se mantenga privada (con ciertas excepciones);

SAN FRANCISCO DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH (DPH) FULL NOTICE OF PRIVACY RIGHTS

AVISO COMPLETO SOBRE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigor: 07/14/2025

- ◆ cumplir la Ley de No Discriminación por Información Genética (Genetic Information Nondiscrimination Act, GINA) para evitar el uso o la divulgación de información genética con fines de discriminación o de procesos de suscripción;
- ◆ le entregue este aviso de obligaciones legales y prácticas de privacidad del DPH;
- ◆ cumplir el aviso que se encuentra en vigor en este momento, y
- ◆ le informe de manera inmediata si ocurre una violación de la privacidad que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD:

En general, tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud que conserva el DPH:

- ◆ **Derecho a solicitar inspecciones y copias.** Tiene derecho a solicitar ver, leer y obtener una copia de la información de salud que se utiliza para tomar decisiones sobre su atención. Esto incluye historiales médicos y registros de facturación. Si desea ver y obtener una copia de la información de salud que se utiliza para tomar decisiones sobre su atención, debe enviar, o entregar durante el horario de atención habitual, su solicitud por escrito a la oficina de historiales médicos del lugar donde se le brinda la atención (consulte la lista de direcciones al final de este aviso). Si solicita una copia de la información, es posible que el DPH le pida que pague la impresión de copias, el envío por correo o la obtención de otros materiales necesarios para responder a su solicitud.
- ◆ **Derecho a autorizar que se comparta información de salud.** Tiene derecho a solicitar al DPH que envíe copias de su información de salud a quienes usted desee, incluyendo sus familiares, amigos cercanos u otras personas que participan en su atención; otros individuos, proveedores de atención médica. No podemos compartir su información sobre trastornos por consumo de sustancias para fines de tratamiento o pago sin su autorización por escrito. Puede pedir al DPH que deje de compartir su información de salud solicitada en cualquier momento. Para solicitar al DPH que comparta su información de salud con las personas que usted indique, debe hacerlo por escrito. Envíe o lleve su solicitud a la oficina de historiales médicos del lugar donde se le brinda la atención (consulte la lista de direcciones al final de este aviso).
- ◆ **Derecho a solicitar modificaciones.** Si considera que su información de salud que almacena el DPH no es correcta o no está completa, tiene derecho a solicitar al DPH que modifique la información, o que redacte un anexo y se incluya en su historia clínica. Tiene derecho a solicitar al DPH que modifique su información de salud mientras se conserve dicha información. Para pedir una modificación, envíe su solicitud por escrito a la oficina de historiales médicos del lugar donde se le brinda la atención (consulte la lista de direcciones al final de este aviso). Además, debe explicar el motivo por el que desea que se modifique su información de salud.

El DPH puede decir “no” a su solicitud si no la realiza por escrito o no explica el motivo por el que desea que se modifique la información. Además, el DPH puede rechazar su solicitud si usted pide que se modifique información que:

- no fue generada por trabajadores de la salud del DPH;
- fue registrada por una persona que ya no está disponible para realizar la modificación;
- no forma parte de la información de salud que conserva el DPH o que se conserva para el DPH;
- no forma parte de la información que se le autorizaría ver y obtener copias, o
- se encuentra correcta y completa.

SAN FRANCISCO DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH (DPH) FULL NOTICE OF PRIVACY RIGHTS

AVISO COMPLETO SOBRE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigor: 07/14/2025

Debemos comunicarle el motivo por el que no realizamos la modificación en un plazo de 60 días a partir de su solicitud. Tiene derecho a presentar un anexo (complemento) por escrito que no exceda las 250 palabras sobre cualquier elemento o extracto de su historial que considere incompleto o incorrecto. Si nos indica por escrito que desea que el complemento se añada a su historial médico, lo adjuntaremos a dicho documento.

- ◆ **Derecho a un Informe de divulgación.** Tiene derecho a que se le proporcione información sobre las ocasiones en las que compartimos su información de salud. Este “Informe de divulgación” es una lista de personas ajenas al DPH con quienes el DPH compartió su información de salud para fines distintos a la prestación de su atención médica, al pago de su atención médica o para la realización de otras actividades necesarias para sus funciones. Para pedir esta lista, debe enviar su solicitud por escrito a la oficina de historiales médicos del lugar donde se le brinda la atención (consulte la lista de direcciones al final de este aviso). A partir de la fecha de presentación de su solicitud, puede pedir al DPH que le proporcione un informe de hasta los últimos seis años de las personas con las que se compartió su información, según lo permita la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). En relación con su información sobre trastornos por consumo de sustancias, puede solicitar el informe de hasta tres años anteriores a la fecha de su solicitud de las personas con las que compartimos su información y el motivo por el que lo hicimos. La primera lista que solicite en un periodo de 12 meses será gratuita. Es posible que el DPH le solicite el pago de listas adicionales. Se le explicarán los costos y podrá decidir si cancelar o modificar su solicitud en cualquier momento antes de que se le realice cualquier cobro.
- ◆ **Derecho a solicitar restricciones.** Tiene derecho a solicitar al DPH que no comparta su información de salud para fines de tratamiento, pago o realización de funciones. Con respecto al tratamiento asistencial, el DPH y sus afiliados o sus médicos no tienen por qué estar de acuerdo con su solicitud, en especial si esta pudiera perjudicar su atención. Para pedir restricciones, debe enviar su solicitud por escrito a la oficina de historiales médicos del lugar donde se le brinda la atención (consulte la lista de direcciones al final de este aviso). Si usted paga el total de un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo, puede solicitar al DPH que no comparta esa información para fines de pago o realización de nuestras funciones con su seguro médico. En este caso, se aprobará su solicitud a menos que una ley exija que el DPH comparta dicha información.
- ◆ **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a indicar dónde y cómo los empleados del DPH pueden comunicarse con usted. Por ejemplo, puede pedirle al personal del DPH que solo se comunique con usted en su lugar de trabajo o por correo postal. Háganoslo saber por escrito enviando su solicitud al lugar donde se le brinda la atención (consulte la lista de direcciones al final de este aviso). No es necesario que justifique su solicitud. Se aprobarán todas las solicitudes razonables. En su solicitud, debe indicar cómo y dónde desea que nos comuniquemos con usted.
- ◆ **Derecho a recibir una copia impresa de este aviso.** Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si aceptó recibir este aviso de forma electrónica, tiene derecho a recibir una copia impresa. Para obtener una copia impresa de este aviso, solicítela a cualquier proveedor de atención médica del DPH. Puede obtener una copia de este aviso en el sitio web del DPH,

[DPH Privacy Policies | SF.gov \(https://www.sf.gov/resource--2023--dph-privacy-policies\)](https://www.sf.gov/resource--2023--dph-privacy-policies).

- ◆ **Elija a una persona para que actúe en su nombre.** Si le entregó un poder notarial para la atención médica a una persona o si una persona es su tutor legal, dicha persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta facultad y pueda actuar en nombre de usted antes de tomar cualquier medida.

CÓMO PUEDE EL DPH UTILIZAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE SALUD.

Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que utilizamos y compartimos información de salud. El DPH no puede describir en este aviso todas las formas en que utiliza la información de salud. Sin embargo, la mayoría de las formas se ajustan a una de las descripciones que se proporcionan a continuación. En todos los casos, los trabajadores de la salud, los enfermeros y los médicos del DPH utilizarán la cantidad mínima de información necesaria para brindarle atención. El DPH revisa regularmente los usos y las formas en que el personal del DPH, sus proveedores contratados y el personal de la Universidad de California en San Francisco (University of California, San Francisco, UCSF) comparten los registros del DPH para asegurarse de que sean apropiados. Durante una estancia o un episodio de atención médica, usted puede proporcionar una única autorización para todos los usos o divulgaciones futuros con fines de tratamiento, pago y realización de funciones de atención médica.

- ◆ **Para fines de tratamiento.** Utilizamos su información de salud y la compartimos con otros profesionales que le brindan atención médica. Por ejemplo, es posible que un médico que le atienda por una fractura en la pierna necesite saber si tiene diabetes, ya que la diabetes puede retrasar el proceso de curación. Además, es posible que el médico deba informar al nutricionista si tiene diabetes para que le ordene comidas especiales. Los diferentes departamentos del DPH pueden compartir su información a fin de proporcionarle lo que necesite, como medicamentos, pruebas de laboratorio o radiografías. Si necesita atención con otro médico o centro ajeno al DPH, es posible que su información de salud se comparta con ellos para planificar su atención continua.
- ◆ **Para fines de pago.** Su información de salud puede utilizarse y compartirse para que el tratamiento y los servicios que reciba en un centro de atención del DPH se le puedan facturar y cobrar a usted, a una compañía de seguros o a un servicio de recuperación de reclamaciones de terceros. La información puede compartirse con un servicio de elegibilidad para que busque programas que ayuden a los pacientes a pagar su atención. Además, es posible que sea necesario informar a su plan de salud sobre un tratamiento que necesite a fin de obtener la aprobación previa o determinar si su plan cubrirá el tratamiento.
- ◆ **Para el funcionamiento de los centros de atención médica del DPH.** Su información de salud puede utilizarse y compartirse para realizar las funciones del DPH. Es posible que el DPH deba utilizar y compartir esta información para operar sus programas y para asegurarse de que todos los pacientes del DPH reciban atención de calidad. Por ejemplo, el DPH puede utilizar su información de salud para evaluar el tratamiento y los servicios y para vigilar la atención que le proporcionan los trabajadores de la salud del DPH. La recopilación de información sobre varios de los pacientes del DPH puede compararse con información de otros entornos de atención médica que no son del DPH a fin de determinar si la atención y el servicio del DPH pueden mejorarse. La información puede compartirse con médicos, enfermeros, técnicos y demás personal del DPH para fines de evaluación y aprendizaje.
- ◆ **Trastornos por consumo de sustancias (SUD).** La confidencialidad de la información sobre trastornos por consumo de sustancias recibe mayor protección de las leyes y solo puede compartirse para fines de tratamiento y pago con su autorización por escrito. Puede revocar

SAN FRANCISCO DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH (DPH) FULL NOTICE OF PRIVACY RIGHTS

AVISO COMPLETO SOBRE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigor: 07/14/2025

(cambiar de opinión) la autorización para compartir su información sobre trastornos por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD), aunque debe hacerlo por escrito. Su revocación (cambio de opinión) entrará en vigor una vez que la recibamos. La información sobre SUD que ya se haya compartido no puede retirarse. Su información sobre SUD, o los testimonios basados en esta información, no pueden utilizarse en su contra en ningún procedimiento legal sin su autorización explícita por escrito o sin una orden judicial. Si se recibe una orden judicial, debe estar acompañada de una citación o mandato legal similar, y se le debe notificar y dar la oportunidad de impugnarla.

- ◆ **Recordatorios de citas.** El DPH puede utilizar la información que tiene sobre usted para recordarle una cita próxima. Sin embargo, tenga en cuenta que tiene derecho a solicitar al DPH que se comunique con usted de otras maneras si no desea recibir recordatorios de citas por correo postal, mensaje de texto o correo electrónico.
- ◆ **Directorio.** Es posible que se incluya cierta información limitada sobre usted en los directorios de pacientes de los hospitales del DPH en los que recibe tratamiento. Esta información puede incluir su nombre, ubicación en el hospital o clínica, estado general (p. ej., regular, estable, etc.) y afiliación religiosa. La información del directorio, excepto su afiliación religiosa, también puede compartirse con personas que pregunten por usted por su nombre. Su afiliación religiosa puede proporcionarse a sacerdotes, rabinos o ministros, aunque no pregunten por usted por su nombre. Esto es para que sus familiares, amigos y el clero puedan visitarle y saber cómo se encuentra si permanece en un hospital del DPH. Si no desea que el DPH comparta su nombre y demás información, debe comunicárselo a la oficina de admisiones del hospital donde recibe atención.
- ◆ **Personas que participan en su atención o en el pago de esta.** Su información de salud puede compartirse con un amigo o familiar que participe o sea responsable de su atención médica y que necesite conocer la información para brindarle ayuda. También puede facilitarse información a una persona que le ayude a pagar su atención. Además, su información de salud puede compartirse con una organización que ayude en caso de una catástrofe para que su familia pueda saber su estado, situación y ubicación.
- ◆ **Investigación.** Su información de salud puede utilizarse y divulgarse con fines de investigación de dos maneras. En primer lugar, puede ser utilizada por investigadores en estudios en los que se le pide que participe o en los que usted acepta tomar un medicamento o recibir un tratamiento cuya eficacia se encuentra bajo análisis. En este tipo de estudios, siempre se le solicitará su autorización para participar. En segundo lugar, su información de salud puede utilizarse y divulgarse sin necesidad de identificarle. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede consistir en comparar la salud y recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento con los que recibieron otro para la misma afección, sin incluir nombres ni otros datos personales. Sin embargo, todos los proyectos de investigación que se realizan en el DPH están sujetos a un proceso de aprobación especial. Este proceso evalúa una propuesta de proyecto de investigación y el uso de la información de salud a fin de garantizar que la investigación no represente más que un riesgo mínimo para su privacidad. Antes de que se utilice o divulgue información de salud o de identificación personal para la investigación, el proyecto deberá autorizarse mediante este proceso de aprobación y el investigador debe firmar un juramento de confidencialidad.

SAN FRANCISCO DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH (DPH) FULL NOTICE OF PRIVACY RIGHTS

AVISO COMPLETO SOBRE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigor: 07/14/2025

- ◆ **Según lo exija la ley.** Su información de salud puede compartirse cuando así lo exija la ley federal, estatal o local.
- ◆ **Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad.** Su información de salud puede utilizarse y compartirse con funcionarios encargados del cumplimiento de la ley cuando sea necesario para evitar una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público. No obstante, la información solo se divulgará a quienes puedan ayudar a evitar la amenaza.

SITUACIONES ESPECIALES:

La información puede compartirse sin su autorización en las siguientes situaciones si se aplican a usted:

- ◆ **Donación de órganos y tejidos.** Si desea donar un órgano, la información de salud puede proporcionarse a organizaciones que gestionen la donación de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos.
- ◆ **Militares y veteranos.** Si es miembro de las fuerzas armadas, su información de salud puede compartirse según lo exijan las autoridades del mando militar.
- ◆ **Compensación para los trabajadores.** Su información de salud puede facilitarse para el procesamiento de reclamos de compensación para los trabajadores o programas similares. Estos programas brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- ◆ **Riesgos para la salud pública.** Las leyes estatales y federales pueden exigir que el DPH comparta su información de salud para actividades de salud pública. Por lo general, estas actividades incluyen las siguientes:
 - evitar o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
 - reportar nacimientos y decesos;
 - reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos para el cuidado de la salud;
 - notificar a las personas sobre el retiro de productos que puedan estar usando;
 - notificar a una persona que pueda contraer o propagar una enfermedad o afección, y
 - notificar a una autoridad si se considera que un paciente es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica según lo exija la ley.
- ◆ **Actividades de supervisión de la salud.** La ley puede exigir que el DPH comparta su información de salud con una agencia encargada de revisar las actividades de atención médica del DPH. Las actividades de revisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y concesión de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas pagados por los contribuyentes y el cumplimiento del DPH de las leyes de derechos civiles.
- ◆ **Demandas y disputas.** Si está involucrado en una demanda o disputa, su información de salud puede compartirse en respuesta a una orden judicial o administrativa. Su información de salud también puede compartirse en respuesta a una citación, solicitud de presentación de pruebas u otro proceso por parte de otros involucrados en la disputa, pero solo si sus abogados tratan de informarle sobre la orden para que tenga la oportunidad de objetar dentro de los plazos establecidos por la ley.

- ◆ **Cumplimiento de la ley.** La información de salud puede compartirse con un funcionario encargado del cumplimiento de la ley:
 - en respuesta a una orden judicial, citación, orden de detención, comparecencia o proceso similar;
 - debido a una muerte que se cree que es el resultado de una conducta delictiva;
 - debido a una conducta delictiva en una instalación del DPH, y
 - en circunstancias de emergencia para reportar un delito; la ubicación del delito o las víctimas o la identidad, descripción o ubicación de una persona que cometió un delito.
- ◆ **Médicos forenses y examinadores médicos.** La ley puede exigir que el DPH comparta su información de salud con un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona muerta o determinar la causa de la muerte.
- ◆ **Custodios y tutores públicos designados por el tribunal.** Sin solicitar su autorización, el DPH puede compartir su información de salud con personas designadas por un tribunal de justicia para el cuidado de su salud física o mental y bienestar financiero.
- ◆ **Seguridad nacional y actividades de inteligencia.** Sin solicitar su autorización, el DPH puede compartir su información médica con funcionarios federales facultados para llevar a cabo actividades de inteligencia, constrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional permitidas por la ley.
- ◆ **Servicios de protección para el presidente y otros funcionarios.** El DPH puede compartir su información de salud con funcionarios federales autorizados a fin de brindar protección al presidente o a jefes de estado extranjeros. El DPH puede compartir información médica con otras personas autorizadas para llevar a cabo investigaciones especiales.
- ◆ **Reclusos.** Si es recluso en una cárcel o prisión o está bajo la custodia de un oficial encargado del cumplimiento de la ley, el DPH puede compartir su información de salud con el personal de la cárcel o prisión o con sus oficiales correccionales. El DPH deberá compartir esta información (1) para que la cárcel o prisión le proporcione atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros, o (3) para la seguridad y protección del personal de la cárcel o prisión.
- ◆ **Tratamiento ordenado por el tribunal.** En los casos en los que se haya ordenado que una persona reciba tratamiento del DPH mediante un procedimiento en el tribunal penal, se le solicitará su autorización para compartir información con ese tribunal. Si la persona se retracta posteriormente, debe informarse al tribunal sobre la negativa subsecuente de la persona.
- ◆ **Cumplimiento de las leyes estatales.** Existen determinadas leyes estatales que protegen ciertos tipos de información de salud, como algunos servicios de salud del comportamiento y resultados de pruebas del VIH. Cumpliremos estas leyes en caso de que sean más rigurosas que este aviso.

SAN FRANCISCO DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH (DPH) FULL NOTICE OF PRIVACY RIGHTS

AVISO COMPLETO SOBRE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigor: 07/14/2025

SI CONSIDERA QUE SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD NO SE RESPETARON mientras recibía servicios del DPH, puede presentar una queja ante el DPH o ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Todas las quejas deben enviarse por escrito. Consulte la lista de direcciones y números de teléfono de la Oficina de Privacidad del DPH y del secretario al final de este aviso. No se le penalizará ni se tomarán represalias de ningún tipo por presentar una queja.

MODIFICACIONES A ESTE AVISO

El DPH se reserva el derecho de modificar este aviso y de hacer efectiva la revisión o modificación de este aviso con respecto a su información de salud ya registrada, así como con cualquier información que se registre en el futuro. Se publicará una copia del aviso en vigor en los centros de atención del DPH. El aviso tendrá la fecha de vigencia en la parte superior de cada página.

LOS FORMULARIOS DE AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR HISTORIALES MÉDICOS (Servicios de Información de Salud) PUEDEN OBTENERSE EN LAS SIGUIENTES UBICACIONES DEL DPH:

San Francisco General Hospital and Trauma Center

Health Information Services,
Main Bldg. 5 Rm. 2B1
1001 Potrero Ave.,
San Francisco, CA 94110
(628) 206-4432

O EN EL LUGAR DONDE RECIBE SERVICIOS

Para presentar otras inquietudes y quejas sobre privacidad:

DPH Office of Compliance & Privacy Affairs
101 Grove Street, Rm 400
San Francisco, CA 94102
(855) 729-6040 (número gratuito)

Dónde presentar una queja sobre privacidad ante el gobierno federal

Consulte cómo presentar una queja sobre privacidad o seguridad de la información de salud: https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/complaint-process/index.html?language=es	Para obtener una respuesta más rápida, utilice el portal en línea. Enlace para presentar una queja sobre privacidad o seguridad de la información de salud en línea: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
Dirección para enviar una queja por correo: Centralized Case Management Operations U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, S.W. Room 509F HHH Bldg. Washington, D.C. 20201	