

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD



CONDADO DE MECKLENBURG

SERVICIOS DE APOYO PARA LA COMUNIDAD

DEPARTAMENTO DE SALUD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE LA MANERA EN QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y COMPARTIDA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR LÉALA ATENTAMENTE.

Fecha de entrada en vigencia: 14 de abril de 2003

Revisión con vigencia a partir del: 1 de abril de 2016

SE NOS REQUIERE POR LEY PROTEGER SU INFORMACIÓN MÉDICA.

Se nos requiere por ley proteger la privacidad de su información médica y lo que lo identifique; proveerlo con la notificación sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida; y notificarlo, si usted es una persona afectada, por incumplimiento a la garantía de proteger su información médica. Esta información médica puede ser información sobre la atención médica que le brindemos o pagos por atención médica que le hayamos brindado. También puede ser información sobre su condición médica pasada, presente o futura. También se nos requiere por ley brindarle esta Notificación de prácticas de privacidad que explica nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica. Se nos requiere por ley cumplir con los términos de esta Notificación. En otras palabras, solo se nos permite usar y compartir información médica en la forma que se ha descrito en esta Notificación.

Podríamos cambiar los términos de esta Notificación en el futuro. Nos reservamos el derecho de hacer cambios y hacer que la nueva Notificación sea efectiva para toda la información médica que mantenemos de usted. La Notificación contendrá la fecha de entrada en vigencia en la primera página. Puede ver nuestra Notificación actual en nuestro sitio web, www.mecklenburgcountync.gov. También tenemos copias de la Notificación vigente disponibles a petición.

PODRÍAMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA EN VARIAS CIRCUNSTANCIAS

1. **TRATAMIENTO:** Podríamos usar y compartir su información médica para proporcionarle tratamiento médico. En otras palabras, podríamos usar y compartir su información médica para brindar, coordinar o gestionar su atención médica y servicios relacionados. En ciertas circunstancias, esto puede incluir la comunicación con otros proveedores de atención médica sobre su tratamiento y coordinar y dirigir su atención médica con los demás. (Véase el Párrafo 10 de esta Sección para las restricciones de la ley estatal y federal).

Por ejemplo, María es una paciente en el Departamento de Salud. La recepcionista podría usar información médica sobre María al programar una cita. La enfermera especializada podría usar información médica de María al revisar su condición y ordenar un análisis de sangre. El técnico del laboratorio podría usar la información de María al procesar o revisar los resultados del análisis de sangre. Si, después de revisar los resultados del análisis de sangre, la enfermera especializada concluye que María debe ser referida a un especialista, la enfermera especializada podría compartir información médica sobre María al especialista para ayudar al especialista a brindar la atención adecuada a María.

2. PAGO: En ciertas circunstancias, podríamos usar y compartir información médica para obtener pago por los servicios de atención médica que usted recibe. Esto significa que podríamos usar su información médica para hacer arreglos de pago (tal como la preparación de las facturas y la gestión de cuentas). También podríamos compartir su información médica a otros para fines de pago (tal como contactar a aseguradoras y agencias de informes de los consumidores). En algunos casos, podríamos compartir su información médica a un plan de seguro antes de que usted reciba ciertos servicios de atención médica porque, por ejemplo, podríamos querer saber si el plan de seguro va a pagar por un servicio en particular. (Véase el Párrafo 10 de esta Sección para las restricciones de la ley estatal y federal).

Por ejemplo, María recibe servicios del Departamento de Salud. El Departamento de Salud podría presentar una factura a un plan de seguro médico financiado por el gobierno para recibir un reembolso por la prestación de esos servicios. La factura podría contener alguna información médica con el propósito de calificarla para el reembolso.

3. OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA: En ciertas circunstancias, podríamos usar y compartir su información médica al realizar una gran variedad de actividades de negocios que llamamos "operaciones de atención médica". Estas "operaciones de atención médica" nos permiten, por ejemplo, mejorar la calidad de la atención que brindamos y reducir los costos de atención médica. Podríamos usar y compartir su información médica al realizar las siguientes actividades:

- Revisar y evaluar las habilidades, calificaciones y desempeño de los proveedores de atención médica que lo atienden.
- Brindar programas de capacitación para estudiantes, aprendices, proveedores de atención médica o profesionales de atención no médica para ayudarlos a practicar o mejorar sus habilidades.
- Cooperar con organizaciones externas que evalúan, certifican o dan licencia a proveedores de atención médica, personal o instalaciones en un determinado campo o especialidad.
- La revisión y la mejora de la calidad, eficiencia y costo de la atención que ofrecemos a usted y a otras personas.
- Mejorar la atención médica y reducir los costos para grupos de personas que tienen problemas médicos similares y ayudar a gestionar y coordinar la asistencia a estos grupos de personas.
- Cooperar con organizaciones externas que evalúan la calidad de la atención que otros y nosotros brindamos, incluyendo agencias gubernamentales y organizaciones privadas.
- Planificar las operaciones futuras de nuestra organización.
- Resolver quejas dentro de nuestra organización.
- Revisar nuestras actividades y usar o compartir información médica en caso de que el control de nuestra organización cambie significativamente.
- Trabajar con otros (tales como abogados, contadores y otros proveedores) que nos ayudan a cumplir con esta Notificación y otras leyes aplicables.

(Véase el Párrafo 10 de esta Sección para las restricciones de la ley estatal y federal).

Por ejemplo, María recibe una vacuna contra la gripe en el Departamento de Salud. El Departamento de Salud podría usar la información médica de María, así como información médica de todos los otros individuos que recibieron vacunas contra la gripe en el Departamento de Salud, para desarrollar un programa educativo como

ayuda a los pacientes para reconocer la importancia de la vacuna contra la gripe. (Nota: El programa educativo no identificaría pacientes específicos sin el permiso de ellos.)

4. PERSONAS QUE PARTICIPAN EN SU ATENCIÓN: Bajo ciertas circunstancias, podríamos compartir su información médica a un familiar, amigo cercano o a cualquier persona que usted haya identificado como una persona implicada en su atención y siempre que la información sea pertinente a su atención. Si usted no puede valerse por sí mismo, nosotros podríamos compartir su información médica a un tutor u otra persona responsable de su atención. Si usted es menor de edad, podríamos compartir su información médica a un padre, tutor u otra persona responsable de usted, excepto en circunstancias limitadas. Podríamos usar o compartir su información médica a un pariente, otra persona involucrada en su atención o posiblemente una organización de ayuda en casos de desastre (tal como la Cruz Roja) si necesitamos notificar a alguien acerca de su ubicación o estado. Usted nos puede pedir en cualquier momento que no compartamos su información médica a personas involucradas en su atención. Estaremos de acuerdo con su solicitud y no compartiremos la información, excepto en ciertas circunstancias limitadas (tales como emergencias) o si usted es menor de edad. Si usted es menor de edad, podríamos estar o no de acuerdo con su solicitud. (Véase el Párrafo 10 de esta Sección para las restricciones de la ley estatal y federal).

Por ejemplo, el esposo de María viene regularmente al Departamento de Salud con María para sus citas y la ayuda con sus medicamentos. Cuando la enfermera especializada analiza un nuevo medicamento con María, María invita a su esposo a entrar en la sala privada. La enfermera especializada analiza el nuevo medicamento con María y su esposo.

5. REQUERIDO POR LA LEY: Nosotros utilizaremos y compartiremos su información médica cada vez que la ley nos requiera hacerlo. Hay muchas leyes estatales y federales que nos requieren usar y compartir información médica. Por ejemplo, la ley estatal requiere que informemos sobre heridas de bala y otras lesiones a la policía y que informemos acerca de la negligencia o el abuso infantil conocido o sospechado al Departamento de Servicios Sociales. Nosotros cumpliremos con las leyes estatales y con todas las leyes aplicables.

6. OTROS USOS Y DIVULGACIONES QUE NO REQUIEREN SU PERMISO: Podríamos usar y compartir su información médica por determinadas circunstancias en las que usted no tenga que consentir, autorizar o de otra manera tener una oportunidad de estar de acuerdo o en desacuerdo. Estos usos y divulgaciones permitidos por lo general contribuyen al bien público, como la investigación y la salud pública. Debemos cumplir con muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, visite www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

- **Amenaza a la salud o seguridad:** Podríamos usar o compartir su información médica si creemos que es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave para la salud o la seguridad.
- **Actividades de salud pública:** Podríamos usar o compartir su información médica para diversas actividades de salud pública, incluyendo, entre otras, las actividades relacionadas con la investigación de enfermedades, informe de abuso y negligencia infantil, control de medicamentos o dispositivos regulados por la Administración de Alimentos y Fármacos (Food and Drug Administration), y el control de enfermedades o lesiones relacionadas al trabajo. Por ejemplo, si usted ha estado expuesto a enfermedades transmisibles (como una enfermedad de transmisión sexual), podríamos informar al Estado y tomar otras acciones para prevenir la propagación de la enfermedad.
- **Abuso o negligencia:** Podríamos compartir su información médica a una autoridad gubernamental (tal como el Departamento de Servicios Sociales) si tenemos razones para creer que usted puede ser víctima de abuso o negligencia.
- **Actividades de supervisión médica:** Podríamos compartir su información médica a una agencia encargada de supervisar el sistema de atención médica o ciertos programas gubernamentales. Por ejemplo, una agencia del gobierno nos puede solicitar información mientras ellos investigan posibles fraudes de seguros.

- **Procedimientos judiciales:** Podríamos compartir su información médica a un tribunal o un funcionario del tribunal (tal como un abogado). Por ejemplo, podríamos compartir su información médica a un tribunal si el juez ordena que lo hagamos de acuerdo con la ley aplicable.
- **Aplicación de la ley:** Podríamos compartir su información médica a un oficial del orden público para fines específicos de aplicación de la ley. Por ejemplo, podríamos compartir su información médica limitada a un oficial de policía, si el oficial necesita la información para ayudar a encontrar o identificar a una persona desaparecida.
- **Médicos forenses y otros:** Podríamos compartir su información médica a un médico forense, examinador médico o director funerario o a organizaciones que ayudan con trasplantes de órganos, ojos y tejidos.
- **Organizaciones de investigación:** Podríamos usar o compartir su información médica a organizaciones de investigación, si la organización ha cumplido con ciertas condiciones sobre la protección de la privacidad de la información médica.
- **Ciertas funciones del gobierno:** Podríamos usar o compartir su información médica para ciertas funciones del gobierno, incluyendo, entre otras, actividades militares y de veteranos y actividades de seguridad nacional e inteligencia. También podríamos usar o compartir su información médica a una institución correccional en algunas circunstancias.
- **Vacunación:** Si usted es un estudiante, podríamos compartir su información médica a una escuela, pero limitaremos la divulgación a una prueba de vacunación y solo si el estado u otra ley le requiere a la escuela tener esa prueba de vacunación antes de admitirlo; y solo si tenemos su aceptación de la divulgación o la aceptación de un padre, tutor u otra persona que actúa en calidad de *in loco parentis*.
- **Compensación a los trabajadores:** Podríamos compartir su información médica para cumplir con las leyes relativas a la compensación de los trabajadores o programas similares que proporcionan beneficios para las lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo independientemente de la falta.

(Véase el Párrafo 10 de esta Sección para las restricciones de la ley estatal y federal).

7. RECORDATORIOS DE CITAS: Podríamos usar y compartir información médica para comunicarnos con usted a fin de recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento.

8. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO: Podríamos usar y compartir su información médica con el fin de recomendarle o informarle acerca de un nuevo tratamiento o diferentes métodos para tratar una condición médica que usted tiene o para informarle acerca de otros servicios y beneficios médicos relacionados que pueden ser de interés en su caso.

Por ejemplo, María es una paciente en el Departamento de Salud y ella ha recibido una vacuna contra la gripe. El Departamento de Salud desarrolló un programa educativo para ayudar a los pacientes a controlar sus vacunas. El Departamento de Salud puede enviar a María un folleto con información sobre el programa.

9. ASOCIADOS COMERCIALES: En ocasiones, trabajamos con terceros y con negocios que nos ayudan a brindar nuestros servicios. Podríamos compartir su información médica a estos asociados comerciales para que puedan desarrollar las tareas para las que los contratamos. Por ejemplo, podríamos contratar un servicio de transcripción para transcribir partes de su registro médico. Nuestros socios comerciales deben proporcionarnos determinadas garantías escritas de que protegerán la confidencialidad de su información médica.

10. OTRAS LEYES ESTATALES Y FEDERALES: En algunos casos, las leyes estatales o federales requieren que protejamos o compartamos su información médica de manera diferente a la que indicamos en esta Notificación.

Si usted recibe tratamiento, incluyendo terapia u otro tratamiento médico, por una discapacidad de desarrollo, abuso de drogas o alcohol, o un problema general de salud mental, el Capítulo 122C de los Estatutos Generales de Carolina del Norte podría prohibir la divulgación de esa información sin su consentimiento previo. Si el tratamiento que usted está recibiendo es por abuso de sustancias, las regulaciones federales (42 C.F.R. Parte 2) limitan nuestra divulgación de esa información sin su consentimiento previo. Cumpliremos con estas leyes en un esfuerzo por

proteger la privacidad de su información médica. Sin embargo, en determinadas circunstancias, estas leyes permiten o requieren que compartamos su información médica sin su consentimiento.

De conformidad con la ley de Carolina del Norte, los menores de edad, con o sin el consentimiento de un padre o tutor, tienen el derecho de prestar consentimiento para la prevención, diagnóstico y tratamiento de determinadas enfermedades incluyendo: enfermedad venérea y otras enfermedades que deben ser informadas al Estado; embarazo; abuso de sustancias controladas o alcohol y desórdenes emocionales. Si usted es menor de edad y presta su consentimiento para uno de estos servicios, tendrá todos los derechos incluidos en esta Notificación relacionados con ese servicio. Sin embargo, podríamos compartir su información médica si su médico considera que sus padres o tutores deben conocer esta información porque existe una grave amenaza para su vida o salud, o si sus padres o tutor preguntan específicamente sobre su tratamiento.

11. AUTORIZACIÓN: Además de los usos y divulgaciones descritas anteriormente, no usaremos ni divulgaremos su información médica sin la "autorización", o permiso firmado, de usted o de su representante personal. Por ejemplo, en la mayoría de los casos, no usaremos ni divulgaremos notas de psicoterapia sobre usted sin su autorización. Además, cualquier uso o divulgación para comercialización o cualquier divulgación que constituya la venta de su atención médica protegida requerirá su autorización firmada. En algunos casos, podríamos querer usar o compartir su información médica y nos podríamos comunicar con usted para pedirle que firme un formulario de autorización. En otros casos, usted podría comunicarse con nosotros para pedir que compartamos información médica a un tercero y le pediremos que firme un formulario de autorización antes de hacerlo. Si usted firma una autorización escrita que nos permita compartir su información médica, más tarde podría revocar (o cancelar) su autorización por escrito. Si usted desea revocar su autorización, comuníquese con el Coordinador de Privacidad de la agencia (en la información de contacto a continuación) por escrito y brinde suficiente detalle respecto a la autorización que está tratando de revocar, tales como el propósito de la autorización y la fecha aproximada en que usted firmó esa autorización. Si usted revoca su autorización, seguiremos sus instrucciones; sin embargo, su decisión de revocar la autorización no afectará ni deshará ningún uso o divulgación de su información médica que haya ocurrido antes de que usted nos haya notificado acerca de su decisión de revocar su autorización.

USTED TIENE DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

1. DERECHO A UNA COPIA DE ESTA NOTIFICACIÓN: Usted tiene derecho a una copia impresa de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Practices) en cualquier momento. Además, una copia de esta Notificación estará siempre visible en nuestro sitio web en www.mecklenburgcountync.gov. Si usted deseara tener una copia de esta Notificación, comuníquese con el Coordinador de Privacidad de la agencia (en la información de contacto a continuación).

2. DERECHO DE ACCESO A INSPECCIONAR Y COPIAR: En la mayoría de las circunstancias, usted tiene el derecho de inspeccionar (que significa ver o revisar) y recibir una copia de su información médica que mantenemos en ciertos grupos de registros. Si usted deseara inspeccionar o recibir una copia de su información médica, puede comunicarse con el Coordinador de Privacidad de la agencia (en la información de contacto a continuación) para recibir un Formulario de solicitud de acceso/Formulario de solicitud para su información médica protegida. Le brindaremos una copia o resumen de su información médica, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Si usted solicita una copia de su información médica, podríamos cobrar una tarifa razonable por nuestro trabajo y gastos administrativos de crear la copia y enviarla por correo, si corresponde. Si su información se almacena de manera electrónica y usted solicita una copia electrónica, se la brindaremos en una forma y formato electrónico legible. Usted puede solicitar que esta información sea enviada a un tercero siempre que usted firme la solicitud e identifique a la persona designada y el lugar dónde enviar la copia de la información con claridad. Podríamos analizar el alcance, el formato y otros aspectos de su solicitud con usted según sea necesario para facilitar la provisión oportuna de la información requerida. Si no tenemos la información que usted solicita, pero sabemos dónde se mantiene la información, le informaremos dónde dirigir su solicitud. En ciertas circunstancias podríamos rechazar su solicitud. Si rechazamos su solicitud, le explicaremos por escrito nuestras razones para

hacerlo. También se le informará por escrito si usted tiene el derecho a que nuestra decisión sea revisada por otra persona.

3. DERECHO A SOLICITAR LA MODIFICACIÓN DE SU INFORMACIÓN MÉDICA: Si usted cree que su información médica no es precisa o está incompleta, usted tiene derecho a solicitarnos que la modifiquemos (que significa corregir o complementar) su información médica. Si estamos de acuerdo con la enmienda solicitada, modificaremos la información incorrecta y, con su consentimiento, notificaremos a los demás que tengan copias de la información que no es precisa o está incompleta. Usted debe brindar una razón en su solicitud para que corrijamos su información médica. Si usted deseara que nosotros modificáramos la información, puede comunicarse con el Coordinador de Privacidad de la agencia (en la información de contacto a continuación) para recibir un Formulario de solicitud de enmienda/Formulario de solicitud para su información médica protegida. En ciertas circunstancias podríamos rechazar su solicitud. Si rechazamos su solicitud, le explicaremos por escrito nuestras razones para hacerlo en un plazo no mayor de 60 días. Usted tendrá la oportunidad de enviarnos una declaración explicando por qué está en desacuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud de enmienda y compartiremos su declaración cada vez que divulguemos la información en el futuro.

4. DERECHO A UN REPORTE DE LOS COMUNICADOS QUE HEMOS REALIZADO: Usted tiene el derecho de recibir un informe (que significa una lista detallada) de ciertos tipos de revelaciones que hemos realizado durante los últimos seis (6) años. Si usted deseara recibir un informe, puede comunicarse con el Coordinador de Privacidad de la agencia (en la información de contacto a continuación) para recibir un Formulario de solicitud de informe/Formulario de solicitud para su información médica protegida. El informe no incluirá varios tipos de divulgaciones, incluidas las divulgaciones regulares para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, las divulgaciones a usted o su representante personal o su familia o amigos involucrados en su atención. Le proporcionaremos un informe por año sin costo, pero cobraremos una tarifa razonable, basada en los costos, si usted solicita otro dentro de los 12 meses. Podríamos suspender temporalmente su derecho a solicitar el informe en ciertas circunstancias si así lo solicita una agencia de supervisión o un agente del orden público.

5. DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES EN EL USO Y COMUNICACIÓN: Usted tiene el derecho a solicitar que limitemos el uso y distribución de su información médica para operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Usted también tiene el derecho de solicitar que limitemos la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que está involucrado en su atención o el pago de su atención, como un familiar o un amigo. No se nos requiere que estemos de acuerdo con su solicitud excepto por las solicitudes para restringir las divulgaciones a un plan médico cuando usted haya pagado completamente los gastos de su bolsillo por su atención y cuando las divulgaciones no sean requeridas por ley. Generalmente, no aceptaremos restricciones para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Lo notificaremos si no estamos de acuerdo con su solicitud. Si estamos de acuerdo, lo notificaremos por escrito y cumpliremos con la restricción salvo que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Se nos permite terminar la restricción si se lo informaremos. Si terminamos la restricción, solo afectará la información médica que fue creada o recibida después de haberlo notificado. Usted puede cancelar las restricciones en cualquier momento. Si usted deseara solicitar restricciones sobre la manera en que usamos y divulgamos su información médica, podría comunicarse con el Coordinador de Privacidad (en la información de contacto a continuación) para recibir un Formulario de solicitud de restricciones/Formulario de solicitud para su información médica protegida.

6. DERECHO A SOLICITAR UN MÉTODO DE CONTACTO ALTERNATIVO: Usted tiene el derecho de solicitar que lo contactemos en una ubicación distinta o por un método diferente. Por ejemplo, usted podría preferir que toda la información escrita sea enviada por correo a su dirección de trabajo en lugar de a su domicilio. Estaremos de acuerdo con cualquier solicitud razonable de métodos alternativos de contacto. No solicitaremos una explicación de su solicitud, sino que nos acomodaremos a su solicitud si usted indica que no hacerlo podría ponerlo en peligro. Si usted deseara solicitar un método de contacto alternativo, puede comunicarse con el Coordinador de Privacidad de la agencia (en la información de contacto a continuación) para recibir un Formulario de solicitud de contacto alternativo/Formulario de solicitud para su información médica protegida.

7. DERECHO A ELEGIR A ALGUIEN QUE ACTÚE EN SU REPRESENTACIÓN: Si usted le ha dado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y realizar opciones sobre su información médica. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su representación antes de que podamos tomar alguna acción.

Para obtener más información, visite www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

USTED PUEDE PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Si usted cree que sus derechos a su privacidad han sido violados o si usted no está satisfecho con nuestros procedimientos o políticas de privacidad, podría presentar una queja ante nosotros o ante el gobierno federal. No tomaremos ninguna acción contra usted ni cambiaremos el tratamiento hacia usted de ninguna manera si usted presenta una queja.

Para realizar una solicitud, realizar una pregunta o analizar una queja, puede comunicarse con el Coordinador de Privacidad de la agencia usando la siguiente información de contacto:

Servicios de Apoyo para la Comunidad:

Coordinador de Privacidad (704) 614-3000

Departamento de Salud:

Coordinador de Privacidad (980) 314-9277

Si desea analizar un problema privado o una queja con el Coordinador de Privacidad o el Representante al Cliente, puede llamar a este número:(980) 314-9544 o enviarnos un correo electrónico a PrivacyOfficer@mecklenburgcountync.gov.

Para presentar una queja por escrito ante nosotros, usted puede enviar su queja a la siguiente dirección:

Chief Privacy Officer (Oficial en Jefe de Privacidad)

Mecklenburg County Attorney's Office (Oficina del Abogado del condado de Mecklenburg)

600 East Fourth Street, 11th Floor

Charlotte, NC 28202

Para presentar una queja ante el gobierno federal, usted puede enviar su queja a la siguiente dirección:

Gerente regional

Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles)

U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.)

61 Forsyth Street, SW, Suite 16T70

Atlanta, GA 30303-8909

Teléfono (800) 368-1019

Fax (404) 562-7881

TDD (800) 537-7697

También puede presentar una queja ante el gobierno federal visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.