

**ELMHURST MEMORIAL HEALTHCARE
ELMHURST MEMORIAL HOSPITAL
ELMHURST CLINIC
ELMHURST MEMORIAL CENTRO QUIRURGICO DE PACIENTES
EXTERNOS**

Notificaciòn de Pràcticas Privadas

Esta notificaciòn describe como su informaciòn mèdica puede ser utilizada y revelada y como puede tener usted acceso a esta informaciòn. Por favor lea cuidadosamente.

Esta notificaciòn describe como nosotros podemos utilizar y revelar la informaciòn mèdica protegida acerca de su estado de salud. Proteger la informaciòn mèdica significa cualquiera informaciòn mèdica suya que podria ser usada para identificarlo.

En esta notificaciòn, llamamos a toda esta informaciòn mèdica protegida, por sus siglas en inglès "PHI" (Protect Health Information).

Esta notificaciòn tambièn describe su derecho y nuestra responsabilidad con respecto a su PHI. Adicionalmente, esta le dirà como reclamarnos si usted cree que hemos violado su privacidad.

Esta notificaciòn aplica tambièn a las entidades nombradas a continuaciòn, asi como mèdicos de emergencia, radiològos, anestesistas y patòlogos quienes pueden proveerle cuidados tanto en el hospital como en los centros de tratamiento, fuera del mismo. Los miembros independientes del staff mèdico aqui nombrados acuerdan proteger la privacidad de su PHI y atenerse a los tèrminos de esta notificaciòn, mientras este bajo sus cuidados en el hospital o en establecimientos fuera del mismo.

Nosotros estamos comprometidos a la protecciòn del PHI de acuerdo con las leyes aplicables y acreditaciones estàndares referentes a la privacidad del paciente. Su PHI es personal. Para cumplir con requerimientos legales y calidad del cuidado, un registro de los cuidados y servicios que usted recibe en nuestro establecimiento le sera provisto. La ley nos exige que mantengamos rigurosamente privada la informaciòn de su PHI. La ley nos pide que le proveamos una copia de esta notificaciòn a usted que expliquen nuestras obligaciones legales y pràcticas privadas con respecto a su PHI, y seguir los tèrminos de esta notificaciòn.

Còmo Usamos y Revelamos su PHI

Nosotros utilizamos y revelamos su PHI con diferentes propòsitos. Cada uno de esos propòsitos se los detallamos a continuaciòn.

1.Tratamientos

Nosotros usamos su PHI para proveer, coordinar o controlar el cuidado de su salud y servicios relacionados. Nosotros podemos revelar su estado de salud a doctores, enfermeras, hospitales y otros centros médicos quienes se vean involucrados en el cuidado de su salud. En el transcurso de su tratamiento aquí, su PHI podría ser revelado a proveedores indirectos de salud, tales como nuestros contratistas independientes radiólogos y patólogos. En forma similar nosotros podemos referirlo a otro proveedor de cuidados de la salud y como parte de dicha referencia compartir su información PHI con tal proveedor. Un ejemplo de esto puede ser, si usted fue atendido por una quebradura de pierna, y el médico necesita saber si usted tenía diabetes, porque la diabetes retrasará la curación de su pierna. Entonces su médico quien le está tratando su pierna, podría recomendarle ir a otro especialista quien se especializa en pacientes con diabetes y al hacerlo, entonces nosotros compartiremos su PHI con este otro médico. Adicionalmente, si usted tiene diabetes su médico compartirá su PHI con un Nutricionista para arreglar una dieta de comidas apropiada para usted.

2.Pagos

Nosotros podemos utilizar y revelar su PHI para poder cobrar los servicios provistos a usted. Esto puede incluir sus facturas, su compañía de seguro, o pagos a una tercera parte. Por ejemplo podríamos necesitar proveerle información a su compañía de seguro, sobre los cuidados médicos provistos tales como: la fecha de ingreso y alta para que ellos paguen los servicios que le brindamos o que le puedan reembolsar el dinero que usted debió pagar. Nosotros también podríamos darles su nombre, su dirección e información de su seguro a otro proveedor de cuidados de la salud quien cuida de usted mientras usted era tratado aquí para que ellos puedan enviar las facturas por el cuidado que le dieron. Además, podríamos necesitar proveer a su compañía de seguro o programas de gobierno tales como medicare o medicaid, con la información acerca de su condición médica y cuidados que necesita recibir para determinar si, está cubierto por su seguro o por el programa.

3.Cuidados Médicos Satisfactorios

Nosotros podemos utilizar o revelar su PHI para nuestras propias operaciones del cuidado de la salud. Estos usos y revelaciones son necesarios para el funcionamiento de nuestra organización y asegurarnos que todos nuestros pacientes están recibiendo cuidados de calidad y servicios con costo efectivos. Por ejemplo, nosotros podemos usar su PHI para revisar la calidad de nuestros servicios y tratamientos, para desarrollar nuevos programas, para determinar si los nuevos tratamientos son efectivos y para evaluar el desempeño de nuestro staff en el cuidado de su salud. Nosotros podemos usar su PHI para contactarlo

a usted después de la alta de nuestros cuidados para discutir sobre la satisfacción de su estancia con nosotros y su actual estado de salud. Adicionalmente, nosotros podemos compartir su PHI con cuerpos acreditados y licenciados para continuar siendo un establecimiento de cuidados de salud acreditado y licenciado. Nosotros también podemos combinar su PHI con PHI con otras organizaciones de cuidado de la salud para mejorar nuestros servicios. Cuando nosotros hacemos esto, nosotros podemos quitar información que lo identifique a usted como un individuo en el PHI compartido. Nosotros también podemos compartir su PHI con otras organizaciones del cuidado de la salud quienes tienen o han tenido una relación con usted y esta información esta relacionada y es necesaria para las operaciones del cuidado de la salud de dicha organización.

4. Directorio del Hospital

Nosotros podríamos incluir su nombre, fecha de ingreso, y ubicación en nuestro establecimiento y en nuestro directorio mientras usted es un paciente de nuestro establecimiento. Esta información puede ser dada a una persona quien pregunte acerca de usted por su nombre. Además durante el proceso de registración se le preguntará acerca de su afiliación religiosa si la hay. Su afiliación religiosa podría ser dado a miembros del clero, tales como al ministro, pastor, sacerdote o rabino, quien pregunta por su nombre, o pregunta por la lista de pacientes quienes, son miembros de su iglesia, sinagoga o templo. Si hay una llamada de teléfono o un envío para usted nosotros podríamos reconocer si usted es paciente nuestro, y transferirle la llamada o aceptar el envío para su beneficio. Si llega un envío después de que usted ha sido dado de alta en el hospital nosotros estaremos haciendo el envío a su domicilio (por ejemplo florería o correo postal) reenviaremos el objeto a su domicilio. Si usted no quiere que le reenviemos a su domicilio cualquier cosa que haya llegado para usted después de haber sido dada de alta, por favor notifique esto en la registración y si quiere que sea reenviado a otra dirección alternativa háganos saber.

Debería su estancia con nosotros atraer la atención de los medios (si usted esta envuelto en un accidente o es una celebridad) nosotros podemos seguiremos la guía de I Metropolitan Chicago Health Care Council para entregar la información a los medios. Nosotros haremos eso si su PHI no está gobernado por otra ley que aplique o usted no ha requerido que nosotros le negemos información a los medios. Si usted quiere que nosotros negemos su información a los medios, por favor notifique al staff de registración y admisión de su pedido. Si usted no quiere ser incluido en nuestro directorio o usted quiere restringir la información que nosotros incluimos en el directorio, por favor notifíquelo al staff de registración o admisión y ellos le asistiran con su pedido.

5. Recordar Citas

Nosotros podemos utilizar y revelar su PHI para contactarnos con usted y

hacerle recordar la cita que tiene con nosotros. Podríamos contactarnos por teléfono o por correo postal cualquiera de las dos su casa o su oficina. Nosotros podríamos, si usted lo requiere, dejar un mensaje para usted en su contestador o voicemail. Si usted requiere que se lo contacte personalmente de alguna forma o en algún lugar por favor mire "derecho a la comunicación confidencial" ubicado en la página 9 de esta notificación.

6. Beneficios, Servicios y Alternativas Relacionados con su Salud

Nosotros podemos utilizar o revelar su PHI para contactarlo a usted para proveerle información acerca de beneficios, servicios y tratamientos alternativos que le podrían llegar a interesar.

7. Recaudación de Fondos.

Nosotros podemos utilizar y revelar su PHI para contactarlo a usted para recaudar fondos para EMHC y sus afiliados. Nosotros podemos revelar su PHI para una fundación asociada con el EMHC entonces esta podría contactarlo para recaudar dinero para el beneficio del EMHC. Nosotros solamente daremos información demográfica tales como su nombre, dirección y la fecha que usted recibió tratamiento o servicios del EMHC.

Si usted no quiere que el EMHC o sus fundaciones lo contacten a usted para la recaudación de fondos usted debe notificar al Elmhurst Memorial Hospital Foundation por escrito.

8. Individuos Involucrados en su Cuidado

Nosotros podemos revelar a un miembro de la familia, algún amigo personal, o alguna otra persona identificada por usted su PHI, ya que este es relevante, y esta persona estaría envuelta en el cuidado de usted o en el pago relacionado con su cuidado. Un ejemplo sería si un miembro de su familia, lo está acompañando para una intervención quirúrgica y el médico habló con ese miembro de la familia contándole como fue la operación.

9. Ayudas en Catástrofes

Nosotros podemos utilizar o revelar su PHI, a una entidad pública o privada autorizada por la ley o por sus estatutos para asistir en los esfuerzos de ayuda a catástrofe. Esto será hecho para coordinar, con aquellas entidades, en la notificación a un miembros de la familia, otros parientes, a un amigo personal o a otra persona identificada por usted de su localidad, condiciones generales o muerte.

10. Salud Pública y Funciones del Gobierno

Nosotros podemos revelar su PHI, a una agencia regulatoria de salud para

actividades autorizadas por la ley, incluyendo auditorias, investigaciones, inspecciones, licenciaturas y acciones disciplinarias.

Nosotros podemos utilizar o revelar su PHI al gobierno o a una agencia reguladora de salud para, los siguientes propósitos adicionales: controlar o prevenir enfermedades que se puedan propagar, heridas o incapacidad, reportar tratamientos de terapia electroconvulsiva, reportar admisión de pacientes con un diagnóstico psiquiátrico a la unidad Behavioral Health, reportar nacimientos y muertes reportar eventos adversos que ocurren después de la administración de una vacuna, reportar otros eventos adversos, reportar casos de comida envenenada o defecto de productos, hacer seguimiento de productos, permitir el retiro de productos, o conducir controles de muestras como sea requerido por la ley. Si es necesario nosotros podemos revelar su PHI a otros proveedores de cuidado de la salud quien le ha provisto o proveera cuidados a usted para propósitos de control o prevención de una enfermedad contagiosa.

11.Requerimientos por Ley

Por ley nosotros estamos requeridos a entregar su PHI cuando esta se encuentre relacionada a :reportes a agencias impuesta por ley, estado, municipio o gobierno federal, investigaciones o procesamiento de amenazas o niños sospechados o abuso de mayores o abandono de un infante de 72 horas o menos.

Nosotros estamos también requeridos a entregar su PHI a una agencia o a una agencia impuesta por ley que está investigando abuso, negligencia, daño físico, crímenes violentos y muerte, a una agencia que investiga mordeduras de animales daño debido a la descarga de armas de fuego, y la transferencia inapropiada de un paciente para otro centro de emergencia.

Nosotros estamos también requeridos por ley a entregar su PHI a su guardia designado por su corte, a un agente que usted designe bajo un poder de abogado para cuidados de la salud, y si usted está bajo custodia o arrestado, al oficial apropiado impuesto por ley o la institución correccional.

12. Procesos Judiciales y Administrativos

Nosotros podemos revelar su PHI en el curso de algún procedimiento legal o administrativo respuesta a una orden de corte o tribunal administrativo. Podríamos revelar su PHI en respuesta

13.Propósitos Impuestos por Ley

Nosotros podemos revelar su PHI a un oficial impuesto por la ley para los siguientes propósitos impuestos por ley: como ser requerido por ley en respuesta a una corte, gran jurado, o orden administrativa o citación, para identificar un sospechoso, fugitivo, o testigo material, o persona perdida, acerca de una víctima real o sospechada de un crimen, respecto a una muerte si nosotros sospechamos que la muerte pudo haber resultado de una conducta

criminal acerca de crímenes que ocurran en nuestro establecimiento y para reportar un crimen en circunstancias de emergencias.

14. Forenses y Médicos Examinadores

Nosotros podemos revelar su PHI a forenses y médicos examinadores con el propósito de identificar a la persona muerta o determinar la causa del deceso.

15. Funerarios

Nosotros podemos revelar su PHI para la funeraria, bajo las circunstancias apropiadas.

16. Donaciones de Organos, ojos o tejido

Nosotros podemos revelar su PHI para organizaciones para obtención de órganos o otras entidades comprometidas en la obtención, bancos de órganos o trasplante de órganos, ojos o tejidos.

17. Serias amenazas para la Salud o la Seguridad.

Nosotros podemos usar o revelar su PHI si creemos que el uso o la revelación es necesaria para evitar o disminuir serios o inminentes amenazas en la salud o la seguridad de una persona o del público. Nosotros también podemos entregar información acerca de usted si creemos que la revelación es necesaria por la ley impuesta por autoridades para identificar o aprehender un individuo quien admitió participación en un crimen violento o quien es un prófugo de una Institución correccional o de Custodia Legal.

18. Militar

Si usted es miembro de las Fuerzas Armadas nosotros podemos usar o revelar su PHI para actividades consideradas necesarias comandadas por las propias autoridades militares para asegurar el adecuado desempeño de la misión militar. Nosotros podemos entregar información acerca del personal militar extranjero para la asignar autoridades militares extranjeras por los mismos propósitos.

19. Seguridad Nacional

Nosotros podemos revelar su PHI para oficiales federales autorizados para la conducta de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley. Adicionalmente, nosotros podemos también revelar su PHI para oficiales federales pero ellos pueden proveer protección para el Presidente de Los Estados Unidos, algunos otros oficiales federales o cabezas extranjeras de Estado.

Nosotros podemos usar su PHI para hacer apropiadas determinaciones médicas

y revelar el resultado a oficiales del Departamento de Estado para los propósitos de espacios de seguridad requeridos o servicios hacia todas partes.

20. Presos y Personas en Custodia

Nosotros podemos revelar su PHI para una Institución Correccional o un oficial impuesto por la ley que tiene custodia de usted. Se revelara su PHI si es necesario revelarlo para proveer cuidados medicos a usted, para la salud y seguridad de otros o la seguridad y el buen orden de la institución correccional.

21. Compensación de Trabajadores

Nosotros podemos revelar su PHI para la extensión necesaria para cumplir con la compensación de trabajadores y leyes similares que proveen beneficios de trabajo relacionados con daños o enfermedades.

22. Otros Usos y Revelaciones

Otros usos y revelaciones seran hechos con su autorización escrita. Usted puede revocar tal autorización en cualquier momento con notificación al Medical Records Department, Elmhurst Memorial Healthcare, 200 Berteau Avenue, Elmhurst, IL el deseo de revocar la misma. Si usted revoca tal autorización no obstante esta no tendra ningun afecto en acciones tomadas en dependencia de esta.

23. Aplicación de Notificación de Prácticas Privadas

Como expresamos en la introducción de esta notificación el hospital y las entidades nombradas en la parte de arriba de la nota tienen entabladas dentro de un acuerdo, medicos de emergencia médica , radiólogos, anestesistas y patólogos de formar esta notificación de prácticas privadas y relizar su tratamiento en EMH y las entidades listadas.

Nosotros estamos de acuerdo en hacer para efectivizar la informacion, circular eficientemente la información del cuidado del paciente. Esto es conveniente para usted y le permite acceder al servicio de envios de Cuidados de salud.

A pesar de como se indica arriba el acuerdo, los médicos son contratistas independientes, y no son agentes, servidores o empleados del hospital y son únicamente responsables por su juramento y conducta en el tratamiento con usted y por su conformidad con las leyes de privacidad federal y del Estado. Nada en esta notificación está intencionada para implicar, interferir o crear cualquier agencia o una relacion de dependencia entre los médicos y el hospital, cualquiera que parezca ,no es esta notificación de privacidad intencionada a alterar o limitar cualquier otro consentimientos o procedimientos que usted pueda firmar durante el tiempo que usted esta recibiendo cuidados en el hospital y en nuestros establecimientos fuera del mismo.

En todas las instancias donde nosotros tratamos de su PHI, nosotros seguimos los estandares " minimos necesarios" . Cada persona accedera a su PHI haciendo razonable cada esfuerzo para limitar el uso y revelaciòn de su PHI para que la informaciòn nesesarìa sea para acompa\u00f1ar el propòsito o trabajo.

Derechos sobre su Informaciòn de Salud (PHI)

1.Derecho a Pedir Restricciones

Usted tiene derecho a pedir que nosotros restrinjamos el uso y revelaciòn de su PHI para tratamientos externos, pagos y operaciones de cuidado de salud. Usted tambien tiene derecho a pedir que restinjamos el uso y la revelaciòn que nosotros hacemos con quien este envuelto en el pago o cuidado de su cuidado. Nosotros no estaremos de acuerdo con su pedido si este evita que su cuidado, tratamiento, pago o operaciones de cuidado de salud se haga efectivo.

Si nosotros estamos de acuerdo con la restricciòn, nosotros complaceremos su pedido a menos que la informacion es necesitada para hacer un tratamiento de urgencia. Si nosotros estamos de acuerdo con la restricciòn y mas tarde revelamos su PHI por un tratamiento de emergencia propuesto por otro proveedor de salud, nosotros le diremos que no puede usar o revelar la informaciòn del proposito del tratamiento.

El pedido de restricciòn lo har\u00e0 escribiendo al Medical Records Department. Usted deber\u00e0 pedir especificamente que informaciòn quiere limitar usar o revelar o ambas , y a quien quiere que estas limitaciones se apliquen.

Si nosotros estamos de acuerdo de restrinjr, usted puede pedir oralmente o escribiendo que nosotros terminemos con la restricciòn acordada y levantemos esa restricciòn. Si usted hizo un pedido oral, nosotros lo documentaremos que el pedido de su restricciòn de su record m\u00e9dico. Nosotros tambien podemos decidir terminar el acuerdo y levantar la restricciòn y si nosotros decidimos hacerlo pero nosotros le avisaremos nuestra decisiòn

2.Derecho a Inspeccionar y Copiar

Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su record de salud limitando ecepciones permitidas por la ley.Mientras usted sea un paciente internado, usted pide la inspecciòn de su record puede hacerlo a la enfermera o m\u00e9dico.Mientras usted sea un paciente externo su pedido debera hacerlo al departamento de Records m\u00e9dicos.Para obtener una copia sde su record de salud, usted deber\u00e0 completar un formulario de autorizaciòn y submitirlo al

Medical Records Department. Para obtener una copia de su información de factura, usted deberá llenar un formulario y submitirlo a el Medical Records Departement. Para obtener una copia de su informacion de cuenta, usted deberá contactarse con el Patient Business Services Department. Nosotros responderemos su requerimiento dentro de los 30 días de calendario para recibir completa la forma autorizada.

Nosotros podemos negar su pedido para inspeccionar y copiar su record de salud si esta información esta envuelta en notas psicoterapeutas, o en informacion complilada con anticipación, o en uso, civil, criminal o acciones o procesos administrativos.

Nosotros podemos tambien negar pedidos si su PHI fuè obtenido para algún otro tal proveedor de salud bajo promesa de confidencialidad y su acceso a el podria cambiar el curso de su PHI. Nosotros tambien podemos negar su pedido o el pedido de su representante legal para inspeccionar y copiar su PHI si haciendo esto podemos dañar su vida, seguridad fisica de usted o de otro persona.

Nosotros podemos negar su requerimiento, de forma entera o parcialmente, nosotros podemos escribirle basicamente porque el rechazo, como y bajo que circunstancias usted usted pude tener su rechazo revisto, y como podemos complacerlo. Si su pedido fue reevisto por nuestro rechazo usted deberá por un profesional licenciado en cuidados de la salud designado por nosotros no directamente envuelto en el rechazo.

3.Derecho a Enmienda

Usted tiene dercho a preguntarnos para enmendar su PHI a lo largo de que su PHI es mantenido por nosotros. Usted tiene derecho a enmendar para notificar al Medical Records Department si usted solicita enmendar el record y completar el formulario de enmiendas utilizado para este propòsito. El Medical Records Department proveera la respuesta a su pedido en forma escrita dentro de los 30 días de calendario de recibido completo el formulario de enmiendas.

Nosotros podemos enmendar su pedido si nosotros determinamos que su PHI: a) No fuè creado por usted b) no es una parte de su set de record c) es protegido desde accesos por ley, o d) nosotros creemos que su PHI es exacto y completo.

4.Derecho para Lista de Revelación

Usted tiene derecho a recibir una lista de revelaciones que nosotros hicimos de su PHI. Ciertos tipos de revelaciones no incluidas en esta listatales como de usted o representante legal, revelaciones de tratamientos afuera, pagos y operaciones de cuidado de salud, revelaciones hechas como aplicads en los parrafos 13, 18, 15 y 16 de esta notificación o todas revelaciones hechas en respuesta a asignar una autorización. Pedir la lista de revelaciones, usted podra pedir haciendo un escrito a el Medical Records Department. Su pedido debera

indicar el tiempo y periodo para revelar.

La primer lista de pedidotendrãa un tiempo de 12 meses se la proveeremos sin cargos. Por listas adicionales nosotros podemos cargarle a usted el costoasociado con proveerle la lista. Nosotros lo notificaremos del costo y usted puede elegir dejar de esa forma o modificar el pedido antes del tiempo que incurran los costos.

La lista de revelaciones podrã incluir la siguiente informaciòn acerca de la revelaciòn: a) el dia en que se hizo la revelaciòn, b) nombre y direcciòn de la persona o entidad a quien fuè hecha, c) una descripciòn de las revelaciones hechas, y d) una descripciòn del estdo del pedido de revelaciòn. Nosotros estaemos al pendiente del pedido de usted y dentro de los 60 dias despuès de haber recibido su pedido.

5. Derecho a Pedir Comunicaciòn Confidencial

Usted tiene derecho a pedir que nuestra comunicaciòn con usted acerca de su PHI en una forma u otra. Por ejemplo usted nos puede decir que unicamente nos contactemos con usted a travès de su correo o trabajo. Nuestras formas mas comunes de decir la comunicaciòn es en persona, por telèfono o por escrito. Si usted desea hacer el pedido de la comunicaciòn, usted puede hacerlo en forma escrita al medical Records Department. Su pedido deberã tener como y donde se lo puede contactar, pero no necesita explicar de las razones de su pedido. Nosotros acomodamos todos los pedidos razonables.

6.Derecho de Revoque de Autorizaciòn

Usos y revelaciones de su PHI no cubierta por esta notificaciòn de prãcticas privadas o leyes aplicables seran solo hechas con su autorizaciòn escrita. Si usted autoriza como el uso o revelar su PHI, usted puede revocar esa por escrito en cualquier momento.Nosotros no estamos habilitados para devolverle alguna revelacion, nosotros ya lo hemos hecho con su permiso.Para revocar una autorizaciòn , usted deberã contactar al Medical Records Department.

7.Derecho a Reclamar

Si usted cree que el derecho a su privacidad ha sido violado, usted puede reclamar al hospital o a al United States Department of Health and Human Services. Para reclamar en el hospital, por favor contactese con Pride Line al (630) 833 1400 ext. 15333 y indicar que reclamo de acuerdo a su privacidad quiere reclamar.La EMHC Privacy Officer tendrã la direcciòn de su reclamo. Para reclamar al United States Department of Health and Human Services, contacte a la oficina de derechos civiles, U.S. Department of Health Human Services, 200 Independence Avenue SW, Washington, D.C., 20201. No habrà represarias despues de hacer el reclamo.

Nota Importante con Respecto a esta Notificación de Prácticas Privadas

Nosotros nos reservamos el derecho de cambio de esta Notificación de Prácticas Privadas. Nosotros nos reservamos el Derecho de hacer una nueva notificación efectiva, mantener o incluir la creada o recibida por nosotros antes de la efectivización de la misma. La efectivización de esta nota la podrá encontrar en la parte de abajo de esta nota. Una copia de nuestra actualizada Notificación de Prácticas Privadas estará publicada en todas las áreas de registración de pacientes. Una copia de nuestra actualizada Notificación de Prácticas Privadas también estará publicada en nuestra página de internet www.emhc.org. Adicionalmente, cada vez que usted se registre en el hospital se le entregará una copia de la notificación actualizada. Si usted tiene alguna pregunta después de haber leído esta notificación, por favor contactese con la EMHC Privacy Officer.