

Consentimiento Medico Para Tratamiento

Busco voluntariamente la asistencia médica y por este medio doy consentimiento para tratamiento médico, procedimientos, radiografías, pruebas de laboratorio y otros servicios de asistencia médica. Tengo el derecho de rechazar tratamientos específicos o procedimientos. Este acuerdo puede ser revocado por mí en cualquier momento con la notificación escrita y es válido hasta que no sea revocado.

Autorizo a los empleados de **Utah Partners for Health** que me den asistencia médica y los servicios relacionados. Entiendo **Utah Partners for Health** está comprometido a ofrecer buena calidad de servicios a todos los pacientes sin importar la raza, el origen étnico, la religión, el sexo, la edad o el estado de discapacitado.

Yo entiendo que voy a estar plenamente informado sobre los beneficios esperados, las posibles molestias y efectos secundarios potenciales antes de la realización de cualquier tratamiento médico, y libero a **Utah Partners for Health** de toda responsabilidad que pueda surgir como resultado de dicho tratamiento, a menos que, debido a culpa exclusiva de su personal. Doy mi consentimiento para los exámenes, tratamientos, procedimientos y análisis de sangre ordenado por mis médicos y proveedores de atención médica.

Entiendo que mi historia clínica y la información relacionada con mi cuidado en **Utah Partners for Health** son confidencial. Se me ha proporcionado un Resumen de prácticas de privacidad que detalla las diversas formas en que la información sobre mi puede ser divulgada para tratamiento, pago, operaciones de atención médica, y otros propósitos permitidos o requeridos por la ley, según corresponda. Entiendo que la ley estatal requiere que el reporte de ciertos resultados positivos, tales como la hepatitis y el anticuerpo para el virus del SIDA al departamento de salud. Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar un reclamo de pago.

Servicios Disponibles

Ofrecemos servicios de traducción y lenguaje de señas sin costo alguno para pacientes con o sin seguro médico. Estos servicios serán programados por el personal de recepción, con los cuales estarían disponibles durante toda la visita médica.

Acuerdo Financiero

- Pagos por los servicios prestados deben ser pagados a la hora de servicio.
- Los pacientes son responsables de saber la cobertura de su seguro: copago, Coaseguros, deducible, y proveedores participantes.
- Los pacientes con ingresos menor al 200% de las Recomendaciones Federales de Pobreza (RFP) pueden calificar para los servicios, deducibles y copago descontado en la programa de bajo recursos
- Se espera que los copagos y deducibles de su seguro sean pagados a la hora del servicio. Si no tiene su copago a la hora de servicio, estaremos encantados de cambiar su cita a una hora más conveniente.
- En cada visita es necesario traer la tarjeta vigente del seguro médico y identificación con foto.
- Utah Partners for Health mandara la cuenta a su compañía de seguro como cortesía al paciente, por lo tanto el paciente será responsable de mantener su cuenta al corriente y es también responsable de cualquier balance que sea negado pos el seguro.
- Si hay un balance 90 días después de la fecha del servicio podemos dar su cuenta a una agencia de colección. En caso que su cuenta vaya a una agencia de colección usted será responsable de los costos de la agencia de colección, los costos de la corte, y los honorarios del abogado. Un cobro de 40% pero no más de \$10.00 pendiente será añadido para cubrir compensación a esta oficina para cualquier comisión que debe pagar a una agencia de cobro en la recolección de cualquier balance pendiente.

- Pacientes que simplemente rechazaron pagar o que no mostraron el deseo de hacerlo después de un tiempo razonable, pueden ser dados de baja como pacientes.
- Pacientes que tienen pago personal deben pagar su visita por completo a la hora de servicio.
- Cualquier pago puede ser hecho por efectivo o con tarjeta de crédito/ débito.

Asignación de Beneficios

Por este medio asigno a **Utah Partners for Health** mi derecho a los beneficios que me serán pagados por los servicios que la clínica me ha proporcionado, surgiendo de cualquier política de seguro, por mi propio seguro, Medicare, o Medicaid en mi nombre de mi parte. Yo autorizo además el pago de beneficios directamente a **Utah Partners for Health**. Yo entiendo que al aceptar mi seguro médico no me alivia de ninguna responsabilidad financiera concerniente a pagos por servicios médicos obtenidos y que soy responsable por todos los cargos estén y no cubiertos por mi seguro.

Recibo de Aceptación de Practicas de Privacidad

Ha recibido una copia de la Notificación de Practica de Privacidad de **Utah Partners for Health**. **Utah Partners for Health** se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad trazadas en esta notificación. Yo entiendo que al firmar este acuerdo indico que yo he leído y entiendo el Acuerdo Financiero, el Consentimiento Medico para Tratamiento, la Asignación de Beneficios, y la Notificación de Practica de Privacidad en **Utah Partners for Health**. Este acuerdo puede ser revocado por mí en cualquier momento siempre y cuando ha dado notificación por escrito y es válido hasta que sea revocado.

Pacientes que Califiquen por Nuestro Programa de Bajo Recursos

Si usted no tiene seguro, usted puede calificar para el programa de bajo recursos. El programa de bajo recursos se basa en el tamaño de su familia y sus ingresos. Para calificar para el programa de descuento, usted **debe** proveer uno de los siguientes tipos de información:

- | | |
|---------------------------------|---|
| Talones de Cheque | Copia de cheque de discapacitado |
| Copia de su carta Seguro Social | Acuerdos de la corte |
| Cheques de pensión | Carta o cheques de desempleo |
| Formas de sus impuestos | Cualquier otra declaración escrita de ingreso |
| Carta de su jefe/a | |

Los servicios recibidos tienen que ser pagado en la fecha del servicio. Otros servicios pueden requerir cargos adicionales. Tipos de pagos aceptables son:

- | | |
|----------|---|
| Efectivo | Seguro Médico Privado |
| Medicare | Tarjeta de Debito |
| Medicaid | Tarjeta de Crédito (MasterCard, VISA, Discover) |

He leído y entendido la información anterior y autorizo a la atención en **Utah Partners for Health**. Además, entiendo que si **no proporciono** la información necesaria, se **esperara a pagar el 100% para todos los servicios recibidos.**

***NOMBRE DEL PACIENTE**

***FECHA DE NACIMIENTO**

***FIRMA DEL PACIENTE (DEL PADRES SI ES MENOR)**

***RELACION DEL PACIENT**

***FECHA**

***VERIFICACION DEL EMPLEADO**

***FECHA**

ACUERDO PARA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS POR DEMANDAS DE MALA PRÁCTICA MÉDICA

Artículo 1: Resolución de conflictos

Al celebrar este acuerdo ("Acuerdo") estamos acordando resolver cualquier Demanda por mala práctica médica mediante el proceso de resolución de conflictos descrito en el presente Acuerdo. Por el presente Acuerdo, usted podrá entablar una demanda por el cobro de una indemnización por daños y perjuicios, pero estará renunciando a sus derechos para que la decisión sea tomada por un juez o jurado.

Artículo 2: Definiciones

A. El término "nosotros" o "partes" significan usted (el Paciente) y el Proveedor.

B. El término "Demanda" significa una o más Acciones de Mala Práctica definidas en la Ley de Mala Práctica del Cuidado Sanitario de Utah. (Código de Utah 78-14-3(15)). Cada parte podrá utilizar cualquier proceso legal para resolver demandas de mala práctica no médicas.

C. El término "Proveedor" significa el médico, grupo o clínica y sus empleados, colegas, socios, agentes, sucesores y estados.

D. El término "Paciente" o "usted" significa:

(1) usted y cualquier persona que entable una demanda por la atención prestada a USTED, como sus herederos, esposo/a, hijos, padres o representantes legales, Y

(2) su hijo nonato o recién nacido por la atención prestada durante los 12 meses inmediatamente subsiguientes a la fecha de la celebración del presente acuerdo, o cualquier persona que entable una Demanda por la atención prestada a ese nonato o recién nacido.

Artículo 3: Opciones de Resolución de Conflictos

A. Métodos disponibles para la resolución de conflictos. Acordamos resolver cualquier demanda de la siguiente manera:

(1) trabajando directamente con cada uno para intentar encontrar una solución que resuelva la Demanda; O

(2) mediante mediación no obligatoria (cada uno de nosotros se hará cargo de una mitad de los costos); O

(3) mediante el uso del arbitraje obligatorio tal cual es descrito en el presente Acuerdo.

Usted podrá optar por cualquiera o todos estos métodos para resolver su Demanda.

B. Asesor legal: Cada uno de nosotros puede elegir la representación de un asesor legal durante cualquier etapa del proceso de resolución del conflicto, pero cada uno de nosotros se hará cargo de los honorarios y costas del propio abogado.

C. Arbitraje – Resolución definitiva: Si trabajar con el Proveedor o usar una mediación no obligatoria no resuelve su Demanda, acordamos que su Demanda será resuelta a través del arbitraje obligatorio. Ambas partes acordamos que la decisión alcanzada en el arbitraje obligatorio será definitiva.

Artículo 4: Cómo Arbitrar una Demanda

A. Notificación: Para presentar un reclamo en virtud de este Acuerdo, envíe una notificación por escrito al Proveedor por correo certificado describiendo brevemente la naturaleza de su Demanda (la "Notificación"). Si la Notificación se envía al Proveedor por correo certificado se postergará (suspenderá) el estatuto de limitaciones aplicable durante el proceso de resolución de conflictos descrito en el presente Acuerdo.

B. Árbitros: Dentro de los 30 días de recibida la Notificación, el Proveedor se contactará con usted. Si usted y el Proveedor no pueden resolver la Demanda trabajando juntos o mediante la mediación, iniciaremos el proceso de elección de árbitros. Se elegirán tres árbitros, al menos que acordemos que un solo árbitro podrá resolver la Demanda.

(1) Árbitros elegidos: Usted elegirá un árbitro de su elección y todos los Proveedores conjuntamente elegirán un árbitro de su elección.

(2) Árbitro seleccionado de manera conjunta: Usted y el/los Proveedor(es) elegirán conjuntamente un árbitro (el "Árbitro seleccionado de manera conjunta"). Si usted y el/los Proveedor(es) no logran acordar sobre un Árbitro seleccionado de manera conjunta, los árbitros seleccionados por cada una de las partes elegirán el Árbitro seleccionado de manera conjunta de una lista de individuos aprobados como árbitros por las cortes de estado o federales de Utah. Si los árbitros no pueden llegar a un acuerdo sobre el Árbitro seleccionado de manera conjunta, cualquiera o ambos de nosotros podremos pedir que una corte de Utah seleccione un individuo de la lista descrita anteriormente. Cada parte pagará sus propios honorarios y costas en dicha acción. El Árbitro seleccionado de manera conjunta presidirá la audiencia arbitral y poseerá todos los otros poderes de un árbitro como está expuesto en la Ley de Arbitraje Uniforme de Utah.

C. Honorarios del arbitraje: Usted se hará cargo de los honorarios y costas del árbitro que haya seleccionado y el/los Proveedor(es) se harán cargo de los honorarios y costas del árbitro seleccionado por el/los Proveedor(es). Cada uno de nosotros también abonará una mitad de los honorarios y gastos del Árbitro seleccionado de manera conjunta y cualquier otro honorario del panel arbitral.

D. Decisión obligatoria definitiva: Una mayoría de tres árbitros deberá emitir el laudo definitivo sobre la/las Demanda(s). La decisión deberá ser consistente con la Ley de Arbitraje Uniforme de Utah.

E. **Combinación de demandas:** Cualquier persona o entidad que pueda ser apropiadamente nombrada en un procedimiento judicial (“Parte combinada”) está habilitada para participar en este arbitraje en tanto y en cuanto esa persona o entidad acuerde quedar obligada por dicho laudo arbitral (“Combinación de acciones”). La combinación de acciones también podrá incluir Demandas en contra de personas o entidades que hayan prestado atención anterior a la fecha de la celebración de este Acuerdo. Una “Parte combinada” no participa en la selección de los árbitros pero se considera un “Proveedor” para todos los demás propósitos del presente Acuerdo.

Artículo 5 Responsabilidades y Daños se arbitrarán de manera separada

A petición de cualquiera de las partes, los temas de responsabilidades y daños se arbitrarán de manera separada. Si el panel arbitral determinara la responsabilidad, entonces las partes podrán acordar ya sea que el panel inicial proceda con el arbitraje de los daños o que se elija un segundo panel para la consideración de dichos daños. Sin embargo, si se selecciona un segundo panel, el árbitro seleccionado de manera conjunta será el mismo y continuará presidiendo el arbitraje a menos que las partes acuerden lo contrario.

Artículo 6 Jurisdicción. Ley Aplicable.

Las audiencias arbitrales se llevarán a cabo en un lugar acordado por las partes. Si las partes no se ponen de acuerdo, las audiencias se llevarán a cabo en Salt Lake City, Utah. Los procedimientos de arbitraje son privados y deben mantenerse confidenciales. Las disposiciones de la Ley de Arbitraje Uniforme de Utah y la Ley de Arbitraje Federal rigen el presente Acuerdo. Por la presente renunciamos a los requerimientos de revisión del panel previo a la controversia judicial. Los árbitros imputarán la culpa a todas las personas o entidades responsables por los perjuicios reclamados por el Paciente, ya sea que dichas personas o entidades constituyan o no una parte del arbitraje.

Artículo 7 Término / Anulación / Extinción

A. **Término.** El presente Acuerdo es obligatorio para ambos de nosotros durante un año a partir de la fecha en que usted lo haya celebrado a menos que lo rescinda. Si no es rescindido, se renovará automáticamente cada año a menos que una de las partes notifique a la otra por escrito de la decisión de extinción.

B. **Anulación.** Usted podrá rescindir el presente Contrato dentro de los 10 días posteriores a su celebración mediante notificación por escrito por correo registrado o certificado al Proveedor. La fecha de la notificación de rescisión será la fecha que sea matasellos. Si no se rescinde, el presente Acuerdo regirá todos los servicios médicos recibidos por el Paciente de parte del Proveedor posteriores a la fecha de la celebración, excepto en el caso de una Parte Combinada que haya prestado atención antes de la celebración del presente Acuerdo (consultar Artículo 4 (E)).

C. **Extinción.** Si el Acuerdo no ha sido rescindido, cualquiera de las partes puede terminarlo en cualquier momento, pero esta extinción no tendrá efecto hasta el siguiente aniversario de la celebración del Acuerdo. Para dar por finalizado este Acuerdo, se debe enviar notificación por escrito por correo registrado o certificado al Proveedor. El presente Acuerdo será aplicable a cualquier Demanda que surja mientras esté en efecto, aunque usted entable una Demanda o pida un arbitraje después de que el Acuerdo se haya extinguido.

Artículo 8 Individualidad de las Cláusulas

En caso de que alguna de las partes de este Acuerdo fuera considerada inválida o inaplicable, las demás disposiciones permanecerán vigentes y no se verán afectadas por la invalidez de cualquier otra disposición.

Artículo 9 Acuse de Explicación Arbitral por Escrito

He recibido una explicación por escrito de los términos de este Acuerdo. He tenido el derecho a formular preguntas, las cuales me han sido contestadas. Entiendo que cualquier Demanda que yo pueda tener deberá resolverse a través del proceso de resolución de conflictos de este Acuerdo en vez de ser escuchadas por un juez o jurado. Entiendo el papel que desempeñan los árbitros y el modo en que son seleccionados. Entiendo la responsabilidad relativa a los costos del arbitraje. Entiendo que este Acuerdo se renueva cada año salvo que fuera cancelado antes de la fecha de renovación. Entiendo que puedo rehusarme a celebrar este Acuerdo y aún así recibir la atención de salud. Entiendo que puedo rescindir el presente Acuerdo dentro de los primeros 10 días de su celebración.

Artículo 10 Recepción de copia He recibido una copia del documento presente.

Estoy de acuerdo / No estoy de acuerdo a los términos de este documento.

**Utah Partners for Health
DBAMid-Valley Health Clinic**

Nombre del grupo medico o clínica

Nombre del Paciente

Firma del médico o su agente autorizado (Fecha)

Firma del Paciente o Guardian

Fecha



Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revísela con cuidado.**

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitarnos que corrijamos su historial médico

- Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

continúa en la próxima página

Solicitar que no compartamos ni utilizamos la información que nos proporciona

- Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos. Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.
- La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Tratamiento

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: *Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.*

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: *Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.*

Facturar por sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.

Ejemplo: *Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.*

continúa en la próxima página

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica? Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
 - Prevención de enfermedades.
 - Ayuda con el retiro de productos del mercado.
 - Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
 - Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
 - Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.
-

Realizar investigaciones médicas

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.
-

Cumplir con la ley

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.
-

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.
-

Trabajar con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.
-

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
 - En reclamos de compensación de trabajadores.
 - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
 - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
 - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares
-

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

Esta Notificación de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.