Privacy Officer, Barton Health
P.O. Box 9578
South Lake Tahoe, CA 96158
(530) 543-5975

ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF JOINT NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

I acknowledge that I received a copy of Barton Health's Joint Notice of Privacy Practices.

Patient, Guardian or Responsible Party Signature: _____

Printed Name: _____ Relationship: _____

Patient Name: _____ Date of Birth (MM/DD/YYYY): _____

Date Signed (MM/DD/YYYY): _____ Time: _____

☐ Signed acknowledgment received

Staff Printed Name: _____

☐ Acknowledgment refusal

Staff Printed Name: _____

Describe good faith efforts to obtain acknowledgment:

_____

Describe reasons why acknowledgment was not obtained:

_____

Staff Signature: _____

Staff Printed Name: _____

©Copyright Barton Health2025 [BH-0001]Acknowledgement Notice Privacy 112025

Your Information. Your Rights. Our Responsibilities.

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. **Please review it carefully.**

YOUR RIGHTS

You have the right to:

- Get a copy of your paper or electronic medical record or request to release to patient portal.
- Correct your paper or electronic medical record.
- Request confidential communication.
- Ask us to limit the information we share.
- Get a list of those with whom we've shared your information.
- Get a copy of this privacy notice.
- Choose someone to act for you.
- File a complaint if you believe your privacy rights have been violated.
- Opt out of the patient directory which will restrict or prohibit the use or disclosure of protected health information in the hospital's patient directory under California Law AB 894.
- Substance Use Disorders (SUD) Redisclosures: You have the right to request restriction on disclosures for treatment, payment or operational purposes, disclosures to health plans when paid by the patient, right to an accounting of disclosures of SUD records in the prior three years, right to obtain a paper or electronic copy of the NPP and right to discuss the NPP with the SUD program contact and right to opt out of fundraising communications.

➤ See page 2 for more information on these rights and how to exercise them

YOUR CHOICES

You have some choices in the way that we use and share information as we:

- Tell family and friends about your condition.
- Provide disaster relief.
- Include you in a hospital directory.
- Provide mental health care.
- Market our services and sell your information.
- Raise funds.

➤ See page 2 for more information on these rights and how to exercise them

OTHER USES AND DISCLOSURES

We may use and share your information as we:

- Treat you.
- Run our organization.
- Bill for your services.
- Help with public health and safety issues.
- Do research.
- Comply with the law.
- Respond to organ and tissue donation requests.
- Work with a medical examiner or funeral director.
- Address workers' compensation, law enforcement, and other government requests.
- Respond to lawsuits and legal actions.

➤ See page 2 for more information on these rights and how to exercise them

YOUR RIGHTS

When it comes to your health information, you have certain rights.

This section explains your rights and some of our responsibilities to help you.

Get an electronic or paper copy of your medical record	• You can ask to see or get an electronic or paper copy of your medical record and other health information we have about you. Ask us how to do this. • We will provide a copy or a summary of your health information, usually within 30 days of your request. We may charge a reasonable, cost-based fee.
Ask us to correct your medical record	• You can ask us to correct health information about you that you think is incorrect or incomplete. Ask us how to do this. • We may say “no” to your request, but we’ll tell you why in writing within 60 days.
Request confidential communications	• You can ask us to contact you in a specific way (for example, home or office phone) or to send mail to a different address. • We will say “yes” to all reasonable requests.
Ask us to limit what we use or share	• You can ask us not to use or share certain health information for treatment, payment, or our operations. We are not required to agree to your request, and we may say “no” if it would affect your care. • If you pay for a service or health care item out-of-pocket in full, you can ask us not to share that information for the purpose of payment or our operations with your health insurer. We will say “yes” unless a law requires us to share that information.
Get a list of those with whom we’ve shared information	• You can ask for a list (accounting) of the times we’ve shared your health information for six years prior to the date you ask, who we shared it with, and why. • We will include all the disclosures except for those about treatment, payment, and health care operations, and certain other disclosures (such as any you asked us to make). We’ll provide one accounting a year for free but will charge a reasonable, cost-based fee if you ask for another one within 12 months.
Get a copy of this privacy notice	• You can ask for a paper copy of this notice at any time, even if you have agreed to receive the notice electronically. We will provide you with a paper copy promptly.
Choose someone to act for you	• If you have given someone medical power of attorney or if someone is your legal guardian, that person can exercise your rights and make choices about your health information. • We will make sure the person has this authority and can act for you before we take any action.
File a complaint if you feel your rights are violated	• You can complain if you feel we have violated your rights by contacting us using the information on page 1. • You can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, calling 1-877-696-6775, or visiting www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. • We will not retaliate against you for filing a complaint.

YOUR CHOICES

For certain health information, you can tell us your choices about what we share.

If you have a clear preference for how we share your information in the situations described below, talk to us. Tell us what you want us to do, and we will follow your instructions.

In these cases, you have both the right and choice to tell us to:	• Share information with your family, close friends, or others involved in your care. • Share information in a disaster relief situation. • Include your information in a hospital directory. *If you are not able to tell us your preference, for example if you are unconscious, we may go ahead and share your information if we believe it is in your best interest. We may also share your information when needed to lessen a serious and imminent threat to health or safety.*
In these cases we *never* share your information unless you give us written permission:	• Marketing purposes. • Sale of your information. • Most sharing of psychotherapy notes.
In the case of fundraising:	• We may contact you for fundraising efforts, but you can tell us not to contact you again.

OUR USES AND DISCLOSURES

How do we typically use or share your health information?

We typically use or share your health information in the following ways.

Treat you	• Sale of your information. • We can use your health information and share it with other professionals who are treating you.	***Example:*** *A doctor treating you for an injury asks another doctor about your overall health condition.*
Run our organization	• We can use and share your health information to run our practice, improve your care, and contact you when necessary.	***Example:*** *We use health information about you to manage your treatment and services.*
Bill for your services	• We can use and share your health information to bill and get payment from health plans or other entities	***Example:*** *We give information about you to your health insurance plan so it will pay for your services.*

Continued on next page

How else can we use or share your health information? We are allowed or required to share your information in other ways – usually in ways that contribute to the public good, such as public health and research. We have to meet many conditions in the law before we can share your information for these purposes.

Substance Use Records: The records we are providing may include information about substance use disorder (SUD) treatment. These records are protected by federal law (42 C.F.R. Part 2). If the recipient is a covered entity or business associate under HIPAA, the information may be redisclosed as allowed by HIPAA, except that the information may not be used or disclosed for civil, criminal administrative or legislative proceedings against the patient without a specific court order. The patient may revoke consent at any time unless the disclosure has already occurred.

For more information see:
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Help with public health and safety issues	• We can share health information about you for certain situations such as: • Preventing disease • Helping with product recalls • Reporting adverse reactions to medications • Reporting suspected abuse, neglect, or domestic violence • Preventing or reducing a serious threat to anyone's health or safety
Do research	• We can use and share your health information to run our practice, improve your care, and contact you when necessary.
Comply with the law	• We will share information about you if state or federal laws require it, including with the Department of Health and Human Services if it wants to see that we're complying with federal privacy law.
Respond to organ and tissue donation requests	• We can share health information about you with organ procurement organizations.
Work with a medical examiner or funeral director	• We can share health information with a coroner, medical examiner, or funeral
Address workers' compensation, law enforcement, and other government requests	• We can use or share health information about you: • For workers' compensation claims • For law enforcement purposes or with a law enforcement official • With health oversight agencies for activities authorized by law • For special government functions such as military, national security, and presidential protective services
Respond to lawsuits and legal actions	• We can share health information about you in response to a court or administrative order, or in response to a subpoena.

Business Associates: We may disclose health information to our business associates with whom we have contracted to perform services on our behalf. i.e. transcription service, collection service, etc.

Incidental Disclosures: Certain incidental disclosures of your health information may occur as a by-product of permitted uses and disclosures. For instance, an emergency room visit may have you in room with more than one bed and another patient may inadvertently overhear conversations regarding your treatment.

Uses and Disclosures with Authorization: Other uses and disclosures of your health information not covered by this Notice or the laws that apply, will be made only with your written authorization. If you provide us with written authorization, you may revoke that authorization in writing, at any time, however, revocation is only for any future uses or disclosures and will not include any prior disclosures or any that have already been acted upon in reliance on your authorization.

Special Authorization: Certain health information relating to drug and alcohol abuse/treatment, AIDS/HIV and mental health may be subject to additional legal protection and require specific written authorization.

Release of psychotherapy notes require specific written, signed authorization in all instances.

Our Responsibilities

- We are required by law to maintain the privacy and security of your protected health information.
- We will let you know promptly if a breach occurs that may have compromised the privacy or security of your information.
- We must follow the duties and privacy practices described in this notice and give you a copy of it.
- We will not use or share your information other than as described here unless you tell us we can in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind.

For more information see: **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html**.

Changes to the Terms of this Notice

We can change the terms of this notice, and the changes will apply to all information we have about you. The new notice will be available upon request, in our office, and on our web site.

E-8700-0001-Version: 4; Creation: 4/3/03; Rev. 3/21/08; 9/23/13; 3/2018; 10/01/2019; 02/16/2026

This Notice of Privacy Practices applies to the following organizations.

For the purposes of complying with federal and privacy and security laws, with respect to activities at or through Barton HealthCare System "Barton", "Barton Health" is part of an Organized Health Care Arrangement (OHCA), as defined at 45 C.F.R. 164.501. This Notice must be followed by all providers, nurses, administrators, employees, and other workforce members, volunteers and business associates of Barton HealthCare System, or Barton Health. These entities, sites and locations may share health information with each other for treatment, payment or healthcare operation purposes.

For any questions regarding this Notice or to file a complaint, contact: Privacy Officer, Barton Health
P.O. Box 9578
South Lake Tahoe, CA 96158
(530) 543-5975

Privacy Officer, Barton Health
P.O. Box 9578
South Lake Tahoe, CA 96158
(530) 543-5975

ACUSE DE RECIBO DE NOTIFICACÓN CONJUNTA DE PRÁTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

Reconozco que he recibido una copia de la Notificación Conjunta de Prácticas de Confidencialidad de Barton Health.

Firma del paciente, tutor o parte responsable: _____

Nombre en letra molde:_____ Relación: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): _____

Fecha de firma (MM/DD/YYYY): _____ Hora: _____

☐ Signed acknowledgment received

Staff Printed Name: _____

☐ Acknowledgment refusal

Staff Printed Name: _____

Describe good faith efforts to obtain acknowledgment:

_____

Describe reasons why acknowledgment was not obtained:

_____

Staff Signature: _____

Staff Printed Name: _____

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

Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.
- Usted tiene el derecho a optar por no participar en el directorio de pacientes, lo que restringirá o prohibirá el uso o la divulgación de información médica protegida en el directorio de pacientes del hospital según la Ley de California AB 894.
- Divulgaciones sobre Trastornos por Consumo de Sustancias (SUD, por sus siglas en inglés): tiene derecho a solicitar la restricción de divulgaciones para fines de tratamiento, pago u operativos, divulgaciones a planes de salud cuando los paga el paciente, derecho a una contabilidad de las divulgaciones de registros de SUD en tres años anteriores, derecho a obtener una copia impresa o electrónica del NPP y derecho a discutir el NPP con el contacto del programa SUD y derecho a optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos.

➤ Ver página 2 para más información sobre estos derechos y cómo ejercerlos.

SUS OPCIONES

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Contactamos a su familia y amigos sobre su estado personal.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Lo incluimos en un directorio hospitalario.
- Proporcionamos atención médica mental.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.
- Recaudación fondos.

➤ Ver página 3 para más información sobre estas opciones y cómo ejercerlas.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Lo atendemos.
- Dirigimos nuestra organización.
- Facturamos por sus servicios.
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones médicas.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

➤ Ver páginas 3 y 4 para más información sobre estos usos y divulgaciones.

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 médica y otra información de salud 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.
Solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos	• Puede solicitarnos 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 solicitarnos 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/hippa/complaintscompaints/. • 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 usted tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable 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

¿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.*
Manejo de 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.*
Factura 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.

Registros de Consumo de Sustancias: Los registros que proporcionamos pueden incluir información sobre el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD). Estos registros están protegidos por la ley federal (42 C.F.R. Parte 2). Si el destinario es una entidad cubierta o un socio comercial sujeto a la HIPAA, la información podrá ser divulgada según lo permita la HIPAA, excepto que no podrá utilizarse ni divulgarse para procedimientos, civiles, penales, administrativos o legislativos contra el paciente sin una orden judicial específica. El paciente puede revocar su consentimiento en cualquier momento, a menos que la divulgación ya se haya realizado.

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

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 el manejo de nuestra organización, mejorar su atención, y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
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.

Socios comerciales: Podemos divulgar información de salud a nuestros socios comerciales a quienes contratamos para prestar servicios en nuestro nombre. Por ejemplo, servicios de transcripción, servicios de cobro, etc.
Divulgaciones indirectas: Determinadas divulgaciones indirectas de su información de salud pueden ocurrir como un derivado de usos y divulgaciones permitidas. Por ejemplo, un/a compañero/a de cuarto en urgencias puede involuntariamente escuchar una discusión sobre el cuidado de su salud si comparte un cuarto.
Usos y divulgaciones con autorización: Otros usos y divulgaciones de su información de salud no contemplados en esta notificación ni en las leyes que se aplican se realizaran solo con su autorización escrita. Si nos da autorización escrita, puede revocar dicha autorización en cualquier momento. Sin embargo, la revocación solamente tendrá efecto en conjunto con su autorización.
Autorizaciones especiales: Determinada información, como la información relativa al abuso/tratamiento de drogas y alcohol, SIDA/VIH y salud mental pueden estar sujetas a protecciones legales adicionales y a autorización escrita individual.
La divulgación de las notas de psicoterapia requiere una autorización especifica firmada y por escrito en todas las instancias.

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/noticepp.html**.

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.

E-8700-0001-Version: 4; Creation: 4/3/03; Rev. 3/21/08; 9/23/13; 3/2018; 10/01/2019; 02/16/2026

Esta Notificación de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.
A los efectos de cumplir con leyes federales de privacidad y de seguridad en cuanto a las actividades llevadas a cabo ya sea en o por medio de Barton HealthCare System "Barton," "Barton Health" forma parte de un Convenio de Servicios Médicos Organizados (Organized Health Care Arrangement, OHCA, por sus siglas en ingles), tal y como lo define la ley 45. C.F.R.164.501. Todos los proveedores y proveedoras, enfermeras/os, administradores/as, empleados/as y otros/as miembros del equipo, voluntarios/as y socios comerciales de Barton HealthCare System, o Barton Health, tendrán que cumplir esta Notificación. Estas entidades, lugares o sucursales pueden compartir datos entre ellos con el fin de facilitar tratamiento, pago o temas operativos relacionados a la gestión de servicios médicos.

En caso de tener alguna pregunta sobre esta Notificación o si quiere presentar un reclamo, le rogamos ponerse en contacto con: Oficial de Privacidad, Barton Health
P.O. Box 9578
South Lake Tahoe, CA 96158
(530) 543-5975