

# NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

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.

## Patient Health Information

Under federal law, your patient health information is protected and confidential. Patient health information includes information about your symptoms, test results, diagnosis, treatment, and related medical information. Your health information also includes payment, billing, and insurance information. Your information may be stored electronically and if so is subject to electronic disclosure.

## How We Use & Disclose Your Patient Health Information

**Treatment:** We will use and disclose your health information to provide you with medical treatment or services. For example, nurses, physicians, and other members of your treatment team will record information in your record and use it to determine the most appropriate course of care. We may also disclose the information to other health care providers who are participating in your treatment, to pharmacists who are filling your prescriptions, and to family members who are helping with your care.

**Payment:** We will use and disclose your health information for payment purposes. For example, we may need to obtain authorization from your insurance company before providing certain types of treatment or disclose your information to payors to determine whether you are enrolled or eligible for benefits. We will submit bills and maintain records of payments from your health plan.

**Health Care Operations:** We will use and disclose your health information to conduct our standard internal operations, including proper administration of records, evaluation of the quality of treatment, arranging for legal services and to assess the care and outcomes of your case and others like it.

## Special Uses and Disclosures

Following a procedure, we will disclose your discharge instructions and information related to your care to the individual who is driving you home from the center or who is otherwise identified as assisting in your post-procedure care. We may also disclose relevant health information to a family member, friend or others involved in your care or payment for your care and disclose information to those assisting in disaster relief efforts.

## Other Uses and Disclosures

We may be required or permitted to use or disclose the information even without your permission as described below:

**Required by Law:** We may be required by law to disclose your information, such as to report gunshot wounds, suspected abuse or neglect, or similar injuries and events.

**Research:** We may use or disclose information for approved medical research.

**Public Health Activities:** We may disclose vital statistics, diseases, information related to recalls of dangerous products, and similar information to public health authorities.

**Health oversight:** We may disclose information to assist in investigations and audits, eligibility for government programs, and similar activities.

**Judicial and administrative proceedings:** We may disclose information in response to an appropriate subpoena, discovery request or court order.

**Law enforcement purposes:** We may disclose information needed or requested by law enforcement officials or to report a crime on our premises.

**Deaths:** We may disclose information regarding deaths to coroners, medical examiners, funeral directors, and organ donation agencies.

**Serious threat to health or safety:** We may use and disclose information when necessary to prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of the public or another person.

**Military and Special Government Functions:** If you are a member of the armed forces, we may release information as required by military command authorities. We may also disclose information to correctional institutions or for national security purposes.

**Workers Compensation:** We may release information about you for workers compensation or similar programs providing benefits for work-related injuries or illness.

**Business Associates:** We may disclose your health information to business associates (individuals or entities that perform functions on our behalf) provided they agree to safeguard the information.

**Messages:** We may contact you to provide appointment reminders or for billing or collections and may leave messages on your answering machine, voice mail or through other methods.

In any other situation, we will ask for your written authorization before using or disclosing identifiable health information about you. If you choose to sign an authorization to disclose information, you can later revoke that authorization to stop any future uses and disclosures. Subject to compliance with limited exceptions, we will not use or disclose psychotherapy notes, use or disclose your health information for marketing purposes or sell your health information, unless you have signed an authorization.

## Individual Rights

You have the following rights with regard to your health information. Please contact the Contact Person listed below to obtain the appropriate form for exercising these rights.

You may request restrictions on certain uses and disclosures. We are not required to agree to a requested restriction, except for requests to limit disclosures to your health plan for purposes of payment or health care operations when you have paid in full, out-of-pocket for the item or service covered by the request and when the uses or disclosures are not required by law.

You may ask us to communicate with you confidentially by, for example, sending notices to a special address or not using postcards to

remind you of appointments.

In most cases, you have the right to look at or get a copy of your health information. There may be a small charge for copies.

You have the right to request that we amend your information.

You may request a list of disclosures of information about you for reasons other than treatment, payment, or health care operations and except for other exceptions.

You have the right to obtain a paper copy of the current version of this Notice upon request, even if you have previously agreed to receive it electronically.

## Our Legal Duty

We are required by law to protect and maintain the privacy of your health information, to provide this Notice about our legal duties and privacy practices regarding protected health information, and to abide by the terms of the Notice currently in effect. We are required to notify affected individuals in the event of a breach involving unsecured protected health information.

## Changes in Privacy Practices

We may change this Notice at any time and make the new terms effective for all health information we hold. The effective date of this Notice is listed at the bottom of the page. If we change our Notice, we will post the new Notice in the waiting area. For more information about our privacy practices, contact the person listed below.

## Complaints

If you are concerned that we have violated your privacy rights, you may contact the person listed below. You also may send a written complaint to the U.S. Department of Health and Human Services. The person listed below will provide you with the appropriate address upon request. You will not be penalized in any way for filing a complaint.

## Contact Person

If you have any questions, requests, or complaints, please contact:

Amanda Gunthel, Administrator

I, \_\_\_\_\_,  
hereby acknowledge receipt of the Notice of  
Privacy Practices given to me.

Signed: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

If not signed, reason why acknowledgement was  
not obtained: \_\_\_\_\_

Staff Witness seeking acknowledgement

Signed: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este Aviso describe cómo puede usarse y revelarse su información médica y cómo puede usted tener acceso a ella. Estúdielo con cuidado.

## Información médica del paciente

De acuerdo con las leyes federales, su información médica está protegida y es confidencial. La información médica del paciente incluye información sobre sus síntomas, resultados de análisis, diagnósticos, tratamiento y otra información médica relacionada. Su información médica incluye también información sobre pagos, facturación y seguros. Es posible que su información se guarde electrónicamente y, de ser así, estará sujeta a la divulgación electrónica.

## Cómo usamos y revelamos su información médica del paciente

**Tratamiento:** Usaremos y revelaremos su información médica para suministrarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, enfermeros, médicos y otros integrantes de su equipo de tratamiento registrarán información en su historia clínica y la usarán para determinar las opciones de atención más apropiadas. También podremos revelar la información a otros proveedores de atención médica que participen en su tratamiento, a farmacéuticos que provean sus medicamentos recetados y a familiares que ayuden con su atención.

**Pagos:** Usaremos y revelaremos su información médica para obtener pagos. Por ejemplo, es posible que debamos obtener autorización de su compañía de seguros antes de brindar ciertos tipos de tratamiento o revelar su información a pagadores para determinar si está inscrito o si es elegible para recibir los beneficios. Entregaremos facturas y conservaremos registros de pagos de su plan de salud.

**Operaciones de atención de la salud:** Usaremos y revelaremos su información médica para llevar a cabo nuestras operaciones internas habituales, que incluyen la administración adecuada de los registros, la evaluación de la calidad del tratamiento, la coordinación de servicios legales, y evaluar la atención y los resultados de su caso y de otros como el suyo.

## Divulgaciones y usos especiales

Luego de un procedimiento, revelaremos sus instrucciones de alta e información relacionada con su atención, a la persona que lo llevará hasta su casa desde el centro o que, de otro modo, esté identificada como la persona que le ayudará en su atención posterior al procedimiento. Es posible que también revelemos información médica relevante a un familiar, amigo u otra persona que esté involucrada en su atención o el pago de su atención, y que revelemos información a aquellas personas que brinden asistencia en actividades de auxilio en caso de catástrofes.

## Otros usos y divulgaciones

Es posible que debamos o que se nos permita usar o revelar la información incluso sin su permiso, según se describe a continuación:

**Cuando está exigido por ley:** Probablemente nos veamos obligados por ley a revelar información, como por ejemplo informar heridas de bala, sospechas de abuso o negligencia, o lesiones y eventos semejantes.

**Fines de investigación:** Podemos usar o revelar información para investigaciones médicas autorizadas.

**Actividades de salud pública:** Podemos revelar a las autoridades sanitarias estadísticas vitales, enfermedades, información relacionada con el retiro de productos peligrosos del mercado y otros datos similares.

**Supervisión de la salud:** Es posible que revelemos información con el fin de ayudar en investigaciones y auditorías, determinar la elegibilidad para programas gubernamentales y actividades similares.

**Procedimientos judiciales y administrativos:** Podemos revelar información en respuesta a un emplazamiento, una solicitud de divulgación o una orden de un tribunal apropiado.

**Fines relativos a la observancia de las leyes:** Es posible que revelemos información que funcionarios a cargo del cumplimiento de las leyes necesiten o soliciten o que denunciemos un delito en nuestras instalaciones.

**Muertes:** Podemos revelar información acerca de muertes a médicos forenses, peritos médicos, directores de casas funerarias y agencias de donación de órganos.

**Amenazas serias a la salud o a la seguridad:** Podemos utilizar y revelar información cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud o seguridad, o a la salud y seguridad del público o de un tercero.

**Funciones militares o especiales del gobierno:** Si usted es un integrante de las fuerzas armadas, podemos entregar información requerida por las autoridades del comando militar. También podemos revelar información a instituciones correccionales o con fines de seguridad nacional.

**Compensación a trabajadores:** Podemos revelar información sobre usted a programas de compensación a trabajadores o similares que otorguen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**Asociados comerciales:** Podemos revelar su información médica a asociados comerciales (personas o entidades que desempeñan funciones en nuestra representación), siempre que acuerden proteger la información.

**Mensajes:** Podemos contactarnos con usted para enviarle recordatorios de citas, o para realizar facturaciones o cobros, y podemos dejar mensajes en su contestadora, correos de voz o utilizar otros métodos.

En cualquier otra situación, solicitaremos su autorización por escrito antes de usar o revelar información médica que lo identifique. Si usted opta por firmar una autorización para revelar información, puede revocarla después para detener todo uso o divulgación futuros. Conforme al cumplimiento con excepciones limitadas, no utilizaremos ni revelaremos notas de psicoterapia, ni tampoco su información médica para fines de comercialización, ni venderemos su información médica, salvo que usted haya firmado una autorización.

## Derechos individuales

Usted tiene los siguientes derechos relativos a su información médica. Comuníquese con la persona de contacto indicada más abajo para conocer la forma apropiada de ejercer estos derechos.

Usted puede solicitar que se apliquen restricciones a ciertos usos y divulgaciones. No tenemos la obligación de aceptar una restricción solicitada, salvo las solicitudes de limitar las divulgaciones a su plan de salud para fines de operaciones de atención médica o pagos cuando haya pagado en su totalidad con dinero propio el artículo o servicio cubierto por la solicitud, y cuando la ley no exija los usos o las divulgaciones.

Usted puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de manera confidencial; por ejemplo, enviando los avisos a una dirección especial o no usando tarjetas postales para recordarle las citas.

En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a ver u obtener una copia de su información médica. Es posible que se cobre un pequeño monto por las copias.

Tiene derecho a solicitar que corriamos su información.

Usted puede solicitar una lista de las divulgaciones de su información por razones que no se relacionen con tratamientos, pagos u operaciones de atención médica y salvo por otras excepciones.

Usted tiene derecho a obtener a pedido una copia impresa de la versión vigente de este Aviso, aunque haya acordado previamente recibirlo por vía electrónica.

## Nuestras obligaciones legales

Las leyes nos obligan a proteger y mantener la privacidad de su información médica, a entregarle este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida, y a cumplir los términos del Aviso actualmente vigente. Debemos notificar a las personas afectadas en caso de un incumplimiento que involucre información médica sin protección.

## Cambios en las prácticas de privacidad

Es posible que cambiemos este Aviso en cualquier momento y que los nuevos términos entren en vigencia para toda la información médica que poseemos. La fecha de vigencia de este Aviso se indica al final de la página. Si cambiamos nuestro Aviso, colocaremos el nuevo documento en la zona de espera. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con la persona indicada más abajo.

## Quejas

Si le preocupa que podamos haber violado sus derechos de privacidad, puede comunicarse con la persona indicada más abajo. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de los EE. UU. A su solicitud, la persona indicada más abajo le indicará cuál es la dirección adecuada para el envío. Usted no sufrirá penalización alguna por presentar una queja.

## Persona de contacto

Si tiene preguntas, solicitudes o quejas, comuníquese con:

Director del centro

Yo, \_\_\_\_\_, acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad que se me ha entregado.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si no se firma, razón por la cual no se obtuvo el acuse de recibo: \_\_\_\_\_

Testigo del personal que solicita el acuse de recibo

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_