

## HIPAA 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.**

This Notice of Privacy describes how we may use and disclose your protected health information (PHI) to carry out treatment, payment or health care operations (TPO), and for other purposes that are permitted or required by law. It also describes your rights to access and control your protected health information. "Protected health information" is information about you, including demographic information, that may identify you and that relates to your past, present, or future physical and mental health or condition and related health care services.

#### **Uses and Disclosures of Protected Health Information:**

Your protected health information may be used and disclosed by your provider, our office staff, and others outside of our office that are involved in your care and treatment for the purpose of providing health care services to you, to pay your health care bills, to support the operation of HSNT's practice and any other use required by law.

#### **Treatment:**

We will use and disclose your protected health information to provide, coordinate, or manage your health care and any related services. This includes consultation with clinical supervisors, other treatment team members, and for the coordination or management of your health care with a third party. For example, we would disclose your protected health information, as necessary, to a home health agency that provides care to you, or a physician with whom you have been referred to ensure that physician has the necessary information to diagnose or treat you.

#### **Payment:**

Your protected health information will be used, as needed, to obtain payment for your health care services. For example, obtaining approval for a hospital stay may require that your relevant protected health information be disclosed to the health plan to obtain approval for the hospital admission.

#### **Healthcare Operations:**

We may use or disclose, as needed, your protected health information in order to support business activities of HSNT's practice. These activities include, but are not limited to: quality assessment activities, employee review activities, training of student interns, licensing, and conducting or arranging for other business activities. For example, we may disclose your protected health information to medical school students that see patients at our office. In addition, we may use a sign-in sheet at the registration desk where you will be asked to sign your name and indicate your physician. We may also call you by name in the waiting room when your provider is ready to see you. We may also disclose your protected health information, as necessary, to contact you to remind you of your appointment.

We may use or disclose your protected health information in the following situations without your authorization. These situations include: as required by law, public health issues as required by law, communicable diseases; health oversight, abuse and neglect of vulnerable populations as required by law, food and drug administration requirements, legal proceedings, law enforcement, coroners, funeral directors, and organ donation, research, criminal activity, military activity and national security, worker's compensation, inmates, medical emergencies, prevention of serious harm or public safety, required uses and disclosures under the law, we must make disclosures to you and when requested by the Secretary of the Department of Health and Human Services to investigate or determine our compliance with requirements of Section 164.500

Other permitted and required uses and disclosures will be made only with your consent, authorization or opportunity to object unless required by law.

You may revoke this authorization, at any time, in writing, except to the extent that your provider or HSNT has taken an action in reliance on the use or disclosure indicated in the authorization.

## **HIPAA Aviso de Prácticas de Privacidad**

### **ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.**

Este Aviso de Privacidad describe cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica (TPO), y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información médica protegida. "Información de salud protegida" es información sobre usted, incluyendo información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su salud física y mental pasada, presente o futura o condición y los servicios de salud relacionados.

#### **Usos y divulgaciones de información médica protegida:**

Su información de salud protegida puede ser usada y revelada por su proveedor, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que estén involucrados en su cuidado y tratamiento con el propósito de proporcionar servicios de salud a usted, para pagar sus cuentas médicas, a apoyar el funcionamiento de la práctica de HSNT y cualquier otro uso requerido por la ley.

#### **Tratamiento:**

Vamos a utilizar y divulgar su información de salud protegida para proveer, coordinar o administrar la atención médica y los servicios relacionados. Esto incluye la consulta con los supervisores clínicos, otros miembros del equipo de tratamiento, así como para la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, podríamos divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, a una agencia de salud en el hogar que proporciona cuidado a usted, o un médico con quien usted ha sido referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratar a usted.

#### **Pago:**

Su información de salud protegida será utilizada, según sea necesario, para obtener pago por sus servicios de atención de salud. Por ejemplo, la obtención de la aprobación para una estancia hospitalaria puede requerir que su información médica protegida relevante sea revelada al plan de salud para obtener la aprobación para el ingreso en el hospital.

#### **Operaciones de Atención Médica:**

Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida con el fin de apoyar las actividades económicas de la práctica de HSNT. Estas actividades incluyen, pero no están limitados a: las actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, la capacitación de los estudiantes internos, licencias y organizar o realizar otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos revelar su información de salud protegida a estudiantes de medicina que ven a pacientes en nuestra oficina. Además, podemos usar una hoja de registro en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique su médico. Nosotros también lo podemos llamar por su nombre en la sala de espera cuando su proveedor está listo para verlo. También podemos revelar su información de salud protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted para recordarle de su cita.

Podemos usar o revelar su información de salud protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: como lo requiere la ley, problemas de salud pública como lo requiere la ley, las enfermedades transmisibles, la vigilancia de la salud, el maltrato y el abandono de las poblaciones vulnerables, como exige la ley, los alimentos y los requisitos de administración de medicamentos, procedimientos judiciales, policiales, médicos forenses, directores de funerarias y la donación de órganos, la investigación, la actividad criminal, la actividad militar y la seguridad nacional, la remuneración del trabajador, los presos, las emergencias médicas, la prevención de daños graves o la seguridad pública, usos requeridos y revelaciones bajo la ley, que tanto hacen a conocer a usted y cuando lo solicite el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos se harán solamente con su consentimiento, autorización o una oportunidad para objetar menos que sea requerido por la ley.

Usted puede revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito, salvo en la medida en que su proveedor o HSNT ha tomado una acción en la dependencia en el uso o la revelación indicados en la autorización.

**Your Rights:**

**You have the right to inspect and copy your protected health information.** Under federal law; however, you may not inspect or copy the following records; psychotherapy notes, information compiled in reasonable anticipation of, or use, in a civil criminal or administrative action or proceeding and protected health information that is subject to law that prohibits access to protected health information. We may restrict this right only in those situations where there is compelling evidence that access would cause serious harm to you or if the information is contained in separately maintained psychotherapy notes. We may charge a reasonable, cost-based fee for copies. If your records are maintained electronically, you may also request an electronic copy of your PHI. You may also request that a copy of your PHI be provided to another person.

**You have the right to request amendment of your protected health information.** You may ask for PHI to be amended if you feel the information we have is incorrect or incomplete. We are not required to agree to the amendment. The law permits us to deny your request for an amendment if it is not in writing or does not include a reason to support the request.

**You have the right to request an accounting of certain disclosures we make of your protected health information.** This is a list of the disclosures made of your medical information for purposes other than treatment, payment, or health care operations.

**You have the right to request a restriction of your protected health information.** This means you may ask us not to use or disclose any part of your protected health information for the purposes of treatment, payment or healthcare operations. You may also request that any part of your protected health information not be disclosed to family members or friends who may be involved in your care or for notification purposes as described in this Notice of Privacy Practices. Your request must state the specific restriction requested and to whom you want the restriction to apply. We are not required to agree to a restriction that you may request unless the request is to restrict disclosure of PHI to a health plan for purposes of carrying out payment for health care operations, and the PHI pertains to a health care item or service that you paid for out of pocket. With this exception, if your provider believes it is in your best interest to permit use and disclosure of your protected, you information will not be restricted. You then have the right to use another healthcare provider.

**You have the right to request to receive confidential communications from us by alternative means or at an alternative location.** This means you can request that we contact you about health matters in a certain way or at a certain location. We will accommodate reasonable requests. We may require specification of an alternative address or other method of contact as a condition for accommodating your request.

**You have the right to obtain a paper copy of this notice from us, upon request, even if you have agreed to accept this notice alternatively, i.e., electronically.**

**Breach Notification.** If there is a breach of unsecured PHI concerning you, we may be required to notify you of this breach, including what happened and what you can do to protect yourself.

We reserve the right to change the terms of this notice and will inform you by mail of any changes. You then have the right to object or withdraw as provided in this notice.

**Complaints:**

You may complain to us or to the Secretary of Health and Human Services if you believe your privacy rights have been violated by us. You may file a complaint with us by notifying our privacy contact of your complaint. **We will not retaliate against you for filing a complaint.**

We are required by law to maintain the privacy of, and provide individuals with, this notice of our legal duties and privacy practices with respect to protected health information. If you have any objections to this form, please ask to speak with our HIPAA Compliance Officer in person or by phone at our main phone number.

This notice was published and becomes effective on/or before September 1, 2013.

**Sus derechos:**

**Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida.** Bajo la ley federal, sin embargo, usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia, información cumplido con anticipación razonable de, o uso, en una acción civil penal o administrativa y la información de salud protegida que está sujeto a la ley que prohíbe el acceso a información de salud protegida. Podemos limitar este derecho sólo en aquellas situaciones en las que no hay pruebas concluyentes de que el acceso podría causar serios daños a usted o si la información está contenida en las notas de psicoterapia mantenidos por separado. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo de las copias. Si sus registros se mantienen electrónicamente, usted también puede solicitar una copia electrónica de su PHI. También puede solicitar que se proporcione una copia de su PHI a otra persona.

**Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda de su información de salud protegida.** usted puede solicitar una modificación su PHI si se cree que la información que tenemos es incorrecta o incompleta. No estamos obligados a aceptar la enmienda. La ley nos permite negar su petición para una enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para apoyar la petición.

**Usted tiene el derecho de solicitar una contabilidad de ciertas divulgaciones que realizamos sobre su información de salud protegida.** Esta es una lista de las divulgaciones hechas de su información médica para fines distintos al tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

**Usted tiene derecho a solicitar una restricción de su información de salud protegida.** Esto significa que usted puede pedirnos que no usemos ni divulguemos cualquier parte de su información de salud protegida a los efectos de las operaciones de tratamiento, pago o atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de su información de salud protegida no será revelada a sus familiares o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada ya quien usted quiere que la restricción aplique. No estamos obligados a aceptar una restricción que usted puede solicitar a menos que la petición es restringir la divulgación de su PHI a un plan de salud con fines de llevar a cabo el pago de operaciones de atención médica, y pertenece PHI a un tema de salud o servicio que usted pagado de su bolsillo. Con esta excepción, si su proveedor cree que es en su mejor interés de permitir el uso y divulgación de su protegido, la información no será restringida. A continuación, tiene el derecho de utilizar otro proveedor de atención médica.

**Usted tiene el derecho de solicitar para recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa.** Esto significa que usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos de salud en cierta forma o en cierto lugar. Cumpliremos con las solicitudes razonables. Podemos requerir la especificación de una dirección alternativa u otro método de contacto como condición para acomodar su petición.

**Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso de nosotros, a petición, incluso si estuvo de acuerdo en aceptar esta nota alternativamente, es decir, por vía electrónica.**

**Abre notificación.** Si hay una violación de la garantía PHI acerca de vosotros, podemos estar obligados a notificarle de esta violación, incluyendo lo que pasó y lo que puede hacer para protegerse.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le informamos por correo de cualquier cambio. Usted entonces tiene el derecho de oponerse o retirar como proporcionado en esta nota.

**Quejas:**

Usted puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando nuestro contacto de privacidad de su cumplimiento. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Estamos obligados por ley a mantener la intimidad de, y proporcionar a las personas con, este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida. Si usted tiene alguna objeción a esta forma, pide por favor para hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento HIPAA en persona o por teléfono a nuestro número de teléfono principal.

Este aviso fue publicado y entra en vigencia en / o el 1 de septiembre de 2013.