

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
CENTRO DE ALCOHOL Y SERVICIOS DE DROGAS, INC.

INTRODUCCIÓN

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LEA CUIDADOSAMENTE.

La ley le exige que mantenga la privacidad de su información de salud y que le entregue nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad (este "Aviso") que describe nuestras prácticas de privacidad, deberes legales y sus derechos relacionados con su información médica. Su información de salud incluye su información de pago médica, de seguro, demográfica y médica individualmente identificable. Por ejemplo, incluye información acerca de su diagnóstico, medicamentos, estado del seguro, historial de reclamaciones médicas, dirección y número de seguro o de seguro social.

QUIENES SIGERAN ESTA NOTIFICACION

Este Aviso describe las prácticas de privacidad del Centro de Alcohol & Drug Services, Inc. (el CENTRO). El personal y los proveedores elegibles de CENTER:

- Utilice este Aviso como un aviso conjunto de prácticas de privacidad para todas las visitas de pacientes hospitalizados y ambulatorios y siga todas las prácticas de información descritas en este aviso
- Obtener un solo acuse de recibo firmado

En consecuencia, este Aviso será seguido por (1) nuestros miembros de la fuerza de trabajo y (2) los médicos independientes y otros Practitioners que no sean empleados, agentes, empleados, socios o joint ventures del CENTRO. Todos los practicantes son los únicos responsables de su juicio y conducta en el tratamiento o prestación de servicios profesionales a los clientes y para su cumplimiento con las leyes estatales y federales. Nada en este Aviso pretende implicar o crear una relación laboral entre cualquier médico independiente u otro Practicante y nosotros. Este Aviso no cambia ni limita ningún consentimiento para el tratamiento o procedimientos

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

Los siguientes son los tipos de usos y revelaciones que podemos hacer si su información de salud sin su permiso. Cuando la ley estatal o federal restringe uno de los usos o revelaciones descritos, seguimos los requisitos de dicha ley estatal o federal. Estas son descripciones generales solamente. No cubren todos los ejemplos de divulgación dentro de una categoría.

TRATAMIENTO. Usaremos y revelaremos su información de salud para el tratamiento. Por ejemplo, compartiremos información sobre su salud con enfermeras, médicos, personal, estudiantes y otros que están involucrados en su atención en el CENTRO. Nuestros Afiliados ingresan y pueden ver su salud Información en nuestro sistema de registros médicos electrónicos. También revelaremos su información de salud a su médico ya otros profesionales, proveedores y centros de atención médica que le proporcionen atención en sus sitios, en lugar de en nuestros sitios, para su uso en el tratamiento de usted en el futuro con consentimiento por escrito. Por ejemplo, si usted es transferido de uno de nuestros niveles de atención, su información de salud estará disponible para el personal que trabaja en ese nivel de atención.

PAGO. Usaremos y revelaremos su información de salud con fines de pago con consentimiento por escrito. Por ejemplo, usaremos su información de salud para preparar su factura y le enviaremos información de salud a su compañía de seguros con su factura. También podemos

revelar información sobre su salud a otros proveedores de salud, planes de salud y centros de compensación de atención médica para sus propósitos de pago. Si la ley estatal lo requiere, obtendremos su permiso antes de divulgarlo a otros proveedores o compañías de seguros de salud con fines de pago.

OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA. Podemos usar o revelar su información de salud para nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, los miembros del personal médico o los miembros de nuestra fuerza de trabajo pueden revisar su información de salud para evaluar el tratamiento y los servicios proporcionados y el desempeño de nuestro personal al cuidarlo. En algunos casos, proporcionaremos a otras partes calificadas su información de salud para sus operaciones de atención médica. La compañía de ambulancias, por ejemplo, también puede querer información sobre su condición para ayudarles a saber si han hecho un trabajo eficaz de proporcionar atención. Si la ley estatal requiere, obtendremos su permiso antes de revelar su información de salud a otros proveedores o compañías de seguros de salud para sus operaciones de atención médica.

RECORDATORIOS DE NOMBRAMIENTO. Podemos comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento o servicios médicos.

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO. Podemos comunicarnos con usted para proporcionar información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Recaudación de fondos Podemos comunicarnos con usted por escrito, teléfono u otros medios como parte de un esfuerzo de recaudación de fondos con el propósito de recaudar dinero; Sin embargo, usted tendrá el derecho de optar por no recibir tales comunicaciones con cada solicitud. Tenga en cuenta que procesaremos su solicitud para que la retiremos de nuestra lista de recaudación de fondos y que cumpliremos su solicitud a menos que ya hayamos enviado una comunicación antes de recibir un aviso de su elección para optar. El dinero recaudado será usado para expandir y mejorar los servicios y programas que proveemos a la comunidad. Usted es libre de rechazar la solicitud de recaudación de fondos y su decisión no tendrá ningún impacto en su tratamiento o pago por servicios por ninguna de las entidades cubiertas por este Aviso.

DIRECTORIO DEL CLIENTE DE LA INSTALACIÓN. Mientras esté hospitalizado en cualquier ubicación CENTER, su nombre, información demográfica, fuente de referencia, etc., se incluirá en el directorio de un cliente de la instalación. Esta información puede ser utilizada para propósitos de personal y no será compartida fuera del sitio CENTER donde sus servicios están siendo proporcionados

FAMILIA, AMIGOS O OTROS. Podemos revelar su ubicación o condición general a un miembro de la familia, su representante personal u otra persona identificada por usted con consentimiento por escrito. Si alguna de estas personas está involucrada en su cuidado o pago por cuidado, también podemos Divulgar la información de salud que sea directamente relevante para su participación. Solamente publicaremos esta información si usted está de acuerdo, se les da la oportunidad de objetar y no, y sólo la información designada por usted para su liberación. También podemos revelar su información a una entidad que asiste en los esfuerzos de ayuda en caso de desastre para que su familia o persona responsable de su cuidado pueda ser notificada de su ubicación y condición.

REQUERIDO POR LA LEY. Utilizaremos y revelaremos su información según lo requiera la ley federal, estatal o local, tal como para reportar el abuso de niños o adultos dependientes.

ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA. Podemos divulgar su información de salud acerca de usted para

actividades de salud pública. Estas actividades pueden incluir divulgación:

- a una autoridad de salud pública autorizada por ley para recopilar o recibir dicha información con el propósito de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades
- a las autoridades competentes autorizadas a recibir informes de abuso y negligencia de niños
- a entidades reguladas por la FDA con el propósito de monitorear o reportar la calidad, seguridad o efectividad de los productos regulados por la FDA
- con el permiso de los padres o tutores, para enviar la prueba de la inmunización requerida a una escuela

ABUSO, NEGLIGENCIA O VIOLENCIA DOMESTICA. Podemos notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que una persona ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. A menos que dicha revelación sea requerida por la ley (por ejemplo, para reportar un tipo particular de lesión), solo haremos esta revelación si usted está de acuerdo o en otras circunstancias limitadas cuando dicha divulgación está autorizada por la ley.

ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN DE LA SALUD. Podemos divulgar información de salud a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno monitoree el sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

PROCEDIMIENTOS LEGALES. Si está involucrado en una demanda o una disputa, podemos revelar información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos revelar información de salud sobre usted en respuesta a una citación judicial, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero sólo si se han hecho esfuerzos razonables para notificarle la solicitud o para obtener de la corte que protege a la Información requerida.

APLICACIÓN DE LA LEY. Podemos divulgar cierta información de salud a las autoridades policiales para fines de aplicación de la ley, tales como:

- como lo requiere la ley, incluyendo reportar ciertas heridas y lesiones físicas

- en respuesta a una orden judicial, citatorio, orden judicial, citación o proceso similar
- identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida
- sobre la víctima de un delito si obtenemos el acuerdo de la persona o, bajo ciertas circunstancias limitadas, si no podemos obtener el acuerdo de la persona
- alertar a las autoridades de una muerte que creemos puede ser el resultado de conducta criminal
- información que creemos es evidencia de conducta criminal que ocurre en nuestras instalaciones
- en circunstancias de emergencia para denunciar un delito; La ubicación del delito o las víctimas de la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió los delitos.

Debemos cumplir con las leyes federales y estatales al hacer tales revelaciones con fines de aplicación de la ley.

INDIVIDUOS DECEADOS. Después de su muerte, podemos revelar información de salud a un médico

forense o a un examinador médico como sea necesario para que puedan llevar a cabo sus deberes ya los directores de funerarias según lo autorice la ley. Además, después de su muerte, podemos revelar información de salud a un representante personal (por ejemplo, al ejecutor de su patrimonio), ya menos que haya expresado una preferencia contraria, también podemos divulgar su información de salud a un miembro de la familia u otra persona Quien actuó como representante personal o estuvo involucrado en su cuidado o pago por cuidado antes de su muerte, si la información de salud es relevante para la participación de esa persona en su cuidado o pago por cuidado. Tenemos que aplicar salvaguardias para proteger su información de salud durante 50 años después de su muerte.

DONACIÓN DE ÓRGANOS, OJOS O TEJIDOS. Podemos divulgar su información de salud a las organizaciones o entidades de trasplantes, órganos o órganos de los órganos, ojos o tejidos, según sea necesario para facilitar la donación y trasplante de órganos, ojos o tejidos.

INVESTIGACIÓN. Bajo ciertas circunstancias, podemos usar o divulgar su información de salud para investigación, sujeto a ciertas salvaguardas. Por ejemplo, podemos revelar información a los investigadores cuando su investigación ha sido aprobada por un comité especial que ha revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para asegurar la privacidad de su información de salud. Podemos divulgar su información de salud a personas que se preparan para llevar a cabo un proyecto de investigación, pero la información permanecerá en el sitio.

AMENAZAS A LA SALUD O SEGURIDAD. Bajo ciertas circunstancias, podemos usar o revelar su información de salud para prevenir una amenaza seria e inminente a la salud y seguridad si creemos, de buena fe, que el uso o divulgación es necesaria para prevenir o disminuir la amenaza y la divulgación si a una persona Razonablemente capaz de prevenir o disminuir la amenaza (incluido el objetivo) o es necesario que las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley identifiquen o arresten a una persona involucrada en un delito.

FUNCIONES ESPECIALIZADAS DEL GOBIERNO. Podemos usar y divulgar su información de salud para actividades de seguridad nacional e inteligencia autorizadas por la ley o servicios de protección para el Presidente. Si usted es un miembro militar, podemos revelar a las autoridades militares bajo ciertas circunstancias. Si usted es un preso de una institución correccional o bajo la custodia de un funcionario de la ley, podemos revelar a la institución, a sus agentes o al funcionario policial su información de salud para su salud y la salud y la seguridad de otras personas.

COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES. Podemos divulgar información sobre su salud según lo autorizado por la ley para compensación de trabajadores o programas similares que proveen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

USOS INCIDENTALES Y REVELACIONES. Existen ciertos usos o divulgaciones incidentales de su información que ocurren mientras le prestamos servicio o dirigimos nuestro negocio. Haremos esfuerzos razonables para limitar estos usos incidentales y revelaciones.

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD. Podemos participar en uno o más intercambios electrónicos de información de salud, lo que nos permite intercambiar información sobre su salud con otros proveedores participantes (por ejemplo, médicos y hospitales) y sus socios comerciales con su consentimiento por escrito. Por ejemplo, podemos permitir que un médico que le proporcione cuidado tenga acceso a nuestros registros con el fin de tener la información actual con la cual tratarlo. En todos los casos, el proveedor solicitante debe verificar que tiene o ha tenido una relación de tratamiento con usted y, si la ley lo requiere, le pediremos al proveedor que obtenga su consentimiento antes de acceder

a su información de salud a través del intercambio de información de salud. La participación en un intercambio de información de salud también nos permite acceder a la información de salud de otros proveedores participantes y planes de salud para nuestro tratamiento, así como para las operaciones de pago y atención médica que se proponen cuando lo permita la ley o con su consentimiento. Es posible que en el futuro permita que otras partes, por ejemplo, los departamentos de salud pública, que participan en el intercambio de información de salud, accedan a su información de salud protegida para su uso limitado en conformidad con las leyes de privacidad federales y estatales.

RED DE INFORMACIÓN DE SALUD DE IOWA (IHIN). Para los pacientes que reciben atención con nosotros, el CENTRO puede participar en la Red de Información de Salud de Iowa ("IHIN"), que es el intercambio estatal de información de salud. La ley de Iowa establece que la información de salud incluyendo registros de tratamientos de salud mental y registros de pruebas de VIH / SIDA, pueden ser compartidos entre proveedores sin el consentimiento del paciente. Si no desea que su información de salud se comparta con los proveedores a través del IHIN, puede comunicarse con el Departamento de Salud Pública de Iowa o con cualquiera de nuestros funcionarios de privacidad de CENTER para obtener información sobre cómo puede optar por no participar en el IHIN. Tenga en cuenta que los registros de todos los pacientes fuera accesible a través de IHIN no sólo los registros de los pacientes tratados en Iowa instalaciones o residentes de Iowa. El sitio web de la Opción de exclusión de IHIN en el momento de imprimir este Aviso es <http://www.iowahealth.org/patient/privacy-security/opt-out/>, o puede llamar a Iowa e-Health al 866-924 -4636.

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN SANITARIA CENTRAL DE ILLINOIS (CIHIE). Para los pacientes que reciben atención médica con nosotros, el CENTRO puede participar en el Intercambio de Información de Salud Central de Illinois ("CIHIE"), que es el intercambio estatal de información sobre salud. La ley de Illinois establece que la información de salud, incluyendo registros de tratamientos de salud mental y registros de pruebas de VIH / SIDA, puede ser compartida entre los proveedores a través del CIHIE para propósitos de tratamiento, pago o operaciones de atención médica sin el consentimiento del paciente. Para obtener información sobre el intercambio de información del paciente a través del CIHIE, puede comunicarse con nosotros al 309-788-4571 o revisar la información en el sitio web del CIHIE en www.cihie.org. Por favor Tenga en cuenta que los registros de todos nuestros pacientes serán accesibles a través del CIHIE, no sólo los registros de pacientes tratados en las instalaciones de Illinois o residentes de Illinois. Si no desea que sus registros sean compartidos a través de CIHIE, puede comunicarse con cualquiera de nuestros funcionarios de privacidad de CENTER para cancelar esta participación.

SOCIOS DE NEGOCIO. Algunas de las actividades descritas anteriormente se realizan a través de contratos con proveedores externos llamados asociados de negocios. Divulgaremos su información de salud a nuestros asociados de negocios y les permitiremos crear, usar y divulgar su información de salud para realizar sus servicios para nosotros. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud a una compañía de facturación externa que nos ayude a facturar a las compañías de seguros. Requerimos que los socios de negocios protejan adecuadamente la privacidad de su información.

USOS Y REVELACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN. Hay muchos usos y revelaciones que haremos sólo con su autorización por escrito. Éstas incluyen:

- Usos y revelaciones no descritas arriba. Obtendremos su autorización para usos y divulgaciones de su información de salud que no se describen en la Notificación anterior.
- Nota de Psicoterapia. Estas son notas hechas por un profesional de salud mental que documenta

conversaciones durante sesiones de consejería privadas o en terapia conjunta o en grupo. Muchos usos o revelaciones de notas de psicoterapia requieren su autorización.

- Marketing. Anotaremos el uso o divulgación de su información de salud protegida con fines de marketing sin su autorización. Por otra parte, si recibimos cualquier remuneración financiera de un tercero en relación con la comercialización, le diremos que en el formulario de autorización.
- Venta. No venderemos su información protegida de salud a terceros sin su autorización. Dichas transacciones indicarán que recibiremos una remuneración en la transacción. Si usted demostró su autorización para divulgar su información de salud, puede revocarla en cualquier momento dándonos aviso de acuerdo con nuestra política de autorización y las instrucciones en nuestro formulario de autorización. Su revocación no será efectiva para los usos y divulgaciones hechos en dependencia de su autorización previa.

TUS DERECHOS

ACCESO A LA INFORMACIÓN DE SALUD. Usted puede inspeccionar y copiar gran parte de la información de salud que mantenemos sobre usted, con algunas excepciones. Si mantenemos la información electrónicamente y solicita una copia electrónica, le proporcionaremos la información en la forma y el formato que usted solicitó, suponiendo que sea fácilmente producible. Si no podemos producir fácilmente el registro en la forma y el formato que usted solicitó, lo produciremos otro formato electrónico legible que aceptamos. Podemos cobrar un honorario basado en costos por producir copias o, si lo solicita, un resumen. Si nos dirige a transmitir su información de salud a otra persona, lo haremos, siempre y cuando su dirección firmada y escrita indique claramente al destinatario y lugar de entrega. Podemos cobrar una tarifa por los costos de copiar, enviar por correo y otros suministros o trabajos asociados con su solicitud. Responderemos a sus solicitudes para ejercitar cualquiera de los derechos arriba mencionados de manera oportuna de acuerdo con nuestras políticas y como lo requiere la ley. **SOLICITUDES DE RESTRICCIONES.** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información de salud que usamos o revelamos acerca de usted para tratamiento, pago o operaciones de atención médica o para personas involucradas en su cuidado o pago por su cuidado. Estamos obligados a aceptar su solicitud de que no revelemos cierta información de salud a su plan de salud para el pago o las operaciones de cuidado de salud para propuesto si (1) usted paga de bolsillo en su totalidad para todos los gastos relacionados con ese servicio, El tiempo de servicio o dentro de los plazos especificados por nuestras políticas escritas y (2) la revelación no es requerida por la ley. Tal restricción sólo se aplicará a los registros que se refieran únicamente al servicio para el cual usted ha pagado en su totalidad. Si posteriormente recibimos una autorización de usted fechada después de la fecha de las restricciones solicitadas que nos autoriza a revelar todos sus registros a su plan de salud, asumiremos que ha retirado su solicitud de restricción.

CONTABILIDAD. Usted tiene el derecho de recibir una lista de ciertas revelaciones de su información de salud hecha por nosotros o nuestros asociados de negocios. Debe indicar un período de tiempo para su solicitud, que no puede ser superior a seis años. La primera lista en cualquier período de 12 meses se le proporcionará de forma gratuita; Se le puede cobrar una tarifa por cada lista posterior que solicite dentro del mismo período de 12 meses. Su derecho a una contabilidad de revelaciones no incluye revelaciones para tratamiento, pago o operaciones de atención médica y ciertos otros tipos de revelaciones, por ejemplo, como parte de un directorio de instalaciones o revelación de acuerdo con su autorización. Las solicitudes deben hacerse por escrito. Puede ponerse en contacto con el Oficial de

Privacidad para obtener un formulario para solicitar una contabilidad de divulgación.

COMUNICACIONES CONFIDENCIALES. Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información de salud de una manera diferente o en un lugar diferente. Estaremos de acuerdo con su solicitud si es razonable y especifica los medios alternos o la ubicación para ponerse en contacto con usted.

AVISO EN CASO DE INCUMPLIMIENTO. Usted tiene derecho a recibir notificación de acceso, adquisición, uso o divulgación de su información de salud que no esté permitida por HIPAA, si dicho acceso, adquisición, uso o revelación compromete la seguridad de su PHI (nos referimos a esto como una violación). Le proporcionaremos dicha notificación sin demora irrazonable, pero en ningún caso después de 60 días después de que descubramos la infracción.

CÓMO EJERCER ESTOS DERECHOS. Todas las solicitudes para ejercer estos derechos deben hacerse por escrito. Seguiremos las políticas escritas para atender solicitudes y notificarle nuestra decisión o acciones y sus derechos. Comuníquese con los oficiales de privacidad para obtener más información o para obtener formularios de solicitud.

Iowa

Director de Servicios de Tratamiento
563-322-2667

Illinois

Director de Servicios de Tratamiento
309-788-4571

RECLAMACIONES. Si tiene alguna inquietud acerca de cualquiera de nuestras prácticas de privacidad o cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con el CENTRO utilizando la información de contacto al final de este Aviso. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No se le penalizará ni se tomará represalias por presentar una queja.

¿QUIÉN SEGUIRÁ ESTAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD?

Nuestras reglas para proteger su privacidad serán seguidas por todos los miembros de la fuerza de trabajo del sitio donde usted está siendo tratado, así como médicos y otros profesionales de la salud con permiso para proporcionar en nuestros sitios que son independientes del CENTRO.

¿QUÉ INFORMACIÓN DE SALUD ESTÁ CUBIERTA BAJO ESTA NOTIFICACIÓN?

Este aviso cubre información de salud en el CENTRO que puede ser escrita (tal como un expediente de expediente médico impreso), hablada (como los médicos que discuten las opciones de tratamiento) o electrónica (como registros de facturación o registros de salud del cliente guardados en una computadora).

¿CÓMO PODEMOS USAR SU INFORMACIÓN DE SALUD?

La ley permite que el CENTRO use o comparta su información de salud para actividades de rutina sin requerir su permiso, tales como:

- Para tratamiento
- Para pago
- Para recordatorios de citas y comunicaciones

La ley también permite que el CENTRO use y comparta información de Salud sin su permiso por otras razones limitadas, incluyendo:

1. De acuerdo con un acuerdo con una organización de servicio calificada / socio comercial;
2. Para investigaciones, auditorías o evaluaciones;
3. Denunciar un delito cometido en las instalaciones del CENTRO o contra el personal del CENTRO;
4. Al personal médico en una emergencia médica;
5. A las autoridades competentes para que denuncien sospecha de abuso o negligencia de menores;
6. Según lo permitido por una orden judicial.

Por ejemplo, el CENTRO puede revelar información sin su consentimiento para obtener servicios legales o financieros, oa otra institución médica para proporcionarle atención médica, siempre y cuando haya un acuerdo de organización de servicios / asociados de negocios cualificado.

¿QUÉ ACTIVIDADES REQUIEREN SU PERMISO ESCRITO?

Antes de que el CENTRO pueda usar o revelar cualquier información sobre su salud de una manera que no esté descrita en la sección anterior, primero debe obtener su consentimiento específico por escrito permitiéndole hacer la divulgación. Cualquier consentimiento por escrito puede ser revocado por usted por escrito.

¿CUÁLES SON SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD COMO PACIENTE?

Tienes derecho a ...

- Obtenga una copia de sus registros médicos y de facturación. Si mantenemos sus registros electrónicamente, le proporcionaremos una copia electrónica de sus registros cuando solicite uno.
- Pídanos que cambiemos sus registros médicos y de facturación si cree que hay un error.
- Solicite un método de contacto preferido (por ejemplo, tener llamadas en su teléfono celular en vez de en su casa o trabajo).
- Obtenga una lista de cierta información de salud compartida por otras razones que no sean el tratamiento, facturación o nuestras operaciones de atención médica con otras personas u organizaciones.
- Recibir una copia en papel de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad. Esta es su copia del Aviso. Si desea una copia adicional, puede solicitar una en cualquier mesa de registro de CENTER.
- Pídanos que limitemos la información que compartimos. (Tenga en cuenta que es posible que no podamos conceder solicitudes más allá de lo que la ley requiere).
- Solicite que no compartamos su información de salud con su plan de salud para propósitos de operaciones de pago o atención médica, si usted paga de su bolsillo en su totalidad por todos los gastos relacionados con ese servicio como lo especifican nuestras políticas y la divulgación no es de otra manera requerido por la ley.
- Quejarnos por escrito si cree que sus derechos de privacidad han sido violados.