

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

This notice describes how personal and medical information about you may be used and disclosed, and how you can gain access to this information. Please read it carefully.



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo puede ser su información personal y médica sobre usted usada y divulgada, y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor, lea con cuidado.

Protected Health Information (PHI) is maintained as a written and/or electronic record of your contacts or visits for healthcare services with our practice. Specifically, PHI is information about you, including demographic information that may identify you and relates to your past, present, or future physical or mental health condition and related healthcare services.

The health care providers and staff of *Family Health Source* are required to follow specific rules on maintaining the confidentiality of your PHI, using information and disclosure, or sharing this information with other healthcare professionals involved in your care and treatment. This notice describes your rights to access and control your PHI. This notice also acknowledges our responsibility and legal obligation to protect your personal and medical information and describes your rights concerning our use of that information.

Your Rights Under the HIPAA Privacy Rule

The following is a list of your rights, under the HIPAA Privacy Rule, in reference to your PHI.

- You have the right to receive, and we are required to provide you with, a copy of this Notice of Privacy Practices.** We are required to follow the terms of this Notice. We reserve the right to change the term of this Notice at any time. Upon your request, we will provide you with a revised Notice of Privacy Practices. The Notice will be posted in a conspicuous location within the organization and posted on our website.
- You have the right to authorize other use and disclosures of your PHI that is not specified in this Notice.** We would need your written authorization to use or disclose your PHI for marketing purposes, for most uses of disclosures of psychotherapy notes or if we intended to sell your PHI. You may revoke this authorization at any time, in writing.
- You have the right to request an alternate means of confidential communication.** You have the right to ask us to contact you about your health information using an alternate method (email, phone) and to an alternate destination (cell phone, alternate address) designated by you. You must inform us of this request in writing on a form provided by our organization. **We will follow all reasonable request.**
- You have the right to inspect and receive a copy of your PHI.** You may review and obtain a copy of your complete health record. We have the right to charge a fee for paper or electronic copies of health records as established by state or federal guidelines.
- You have the right to request an amendment to your PHI.** You may request an amendment to your PHI as long as the health record is maintained by our organization. In certain cases, we may deny your request.
- You have the right to request a restriction to your PHI.** You may request a restriction, in writing, not to use or disclose any part of your PHI for the purposes of treatment, payment, or healthcare operations. If accepted, we will enforce the restriction except in emergency situations when the information is needed for your treatment. In certain cases, we may deny your request. You may request, in writing, that we restrict communication with your health plan for treatment or services that have been paid for in full, out of pocket. We are not permitted to deny this type of requested restriction.
- You have the right to request disclosure accountability.** You may request a list of disclosures that we have made of your PHI to persons or entities outside our organization.
- You have the right to receive a privacy breach notice.** You have the right to receive written notification if our organization discovers a privacy breach of your PHI and determines through a risk assessment that notification is required.

How we may use or disclose your Protected Health Information (PHI)

The following is a list of ways we may use or disclose your PHI that does **not** require written authorization.

- Treatment.** We may use or disclose your PHI to provide, coordinate or manage your healthcare and any related services. This includes the coordination and management of your healthcare with a third party that is involved in care and treatment. This would also include the pharmacy that would fill your prescriptions and any other healthcare providers that may be involved in your healthcare services.
- Payment.** Your PHI will be used, as needed, to determine eligibility or coverage for insurance benefits and to obtain payments for your healthcare services.
- Healthcare Operations.** We may use or disclose your PHI, as needed, to support the business activities of our organization. This may include, but not limited to, business planning and development, quality assessment and improvement, medical reviews, legal services auditing functions and patient safety activities.
- Special Notices.** We may use your PHI, as necessary, to contact you by phone or other means, including our patient portal, to remind you of your appointments, to provide you with lab results or results of other diagnostic testing or to provide information that describes or recommends treatment plans or alternatives regarding your care. We may also contact you to provide information about health-related benefits and services offered by our organization, fund raising activities or to disclose information regarding a group health plan. You have the right to opt out of such special notices.
- Health Information Organization.** The organization may choose to use a health information organization to facilitate the electronic exchange of information for the purposes of treatment, payment or healthcare operations.
- To Others Involved in Your Healthcare.** We may disclose your PHI to a family member, friend, or any other person that you identify that directly relates to that person's involvement in your healthcare (Limited Patient Authorization for Disclosure of PHI To An Individual Form). If you are not present, unable to agree or object to such a disclosure, we may disclose the necessary information we determine is in your best interest based on our professional judgment. We may use your PHI to notify or assist in notifying a family member, personal representative or other person that is responsible for your care of your general condition or death. Only PHI that is necessary will be disclosed.
- Other Permitted and required Users and Disclosers.** We are also permitted to use or disclose your PHI without your written authorization for the following purposes:
 - **As required by law** (any information limited to the relevant requirements of the law)
 - **For public health activities** (disease control, vital statistics, public health)
 - **Health oversight activities** (adults, civil, criminal, or administrative investigations)
 - **To report cases of abuse, neglect, or domestic violence**
 - **To comply with Food and Drug Administration requirements**
 - **Research purposes**
 - **Judicial and administrative proceedings** (in response to a court order)
 - **Law enforcement purposes**
 - **To coroners, medical examiners, and funeral directors** (identifying disease process or cause of death)
 - **For organ or tissue donation** (with regard to military personnel, veterans, national security purposes or when an inmate in a correction facility)
 - **Worker's compensation** (to the extent necessary to comply with applicable laws)
 - **To avert serious threats to health or safety**
 - **If requested by the Department of Health Services in order to investigate or determine our compliances with the requirement of the Privacy Rule.**

Complaints/Grievance: If you feel we have violated your privacy of rights, or have questions concerning our Notice of Privacy Practices, you may contact or file a written complaint to the following address: **Family Health Source Administration, 1205 S Woodland Blvd, Deland, FL 32720** or with the federal agency in charge of enforcing patient's privacy rights. That address is: **Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue S.W. Room 509F, HHS Building, Washington D.C. 20201.**

Información de Salud Protegida (PHI) se mantiene por escrito y/o electrónicamente de sus contactos o visitas a los servicios de salud con nuestra práctica. Específicamente, PHI es información sobre usted, incluyendo información demográfica que puede identificarlo y que se relaciona con su pasado, presente o futura condición de salud física o mental y los servicios de salud relacionados.

Los proveedores de atención de salud y el personal de *Family Health Source* están obligados a seguir las reglas específicas sobre el mantenimiento de la confidencialidad de su PHI, utilizando la información y la divulgación o compartiendo esta información con otros profesionales de salud involucrados en su cuidado y tratamiento. Este Aviso describe sus derechos de acceso y control de su PHI. Este aviso también reconoce nuestra responsabilidad y obligación legal de proteger su información personal y médica y describe sus derechos de nuestro uso de esa información.

Sus derechos según la Regla de Privacidad HIPAA

La siguiente es una lista de sus derechos, de conformidad con la Regla de Privacidad HIPAA, en referencia a su PHI.

- Usted tiene derecho a recibir, y nosotros estamos obligados a proporcionar, una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad.** Estamos obligados a seguir los términos de este aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar el término de este aviso en cualquier momento. A su solicitud, se le proporcionará un aviso revisado de las prácticas de privacidad. El aviso se publicará en un lugar visible dentro de la organización y en nuestra página web.
- Usted tiene el derecho de autorizar otros usos y divulgaciones de su PHI que no se especifican en este aviso.** Necesitaríamos su autorización por escrito para usar o divulgar su PHI para fines de marketing, para la mayoría de usos de las revelaciones de las notas de psicoterapia o si tenemos la intención de vender su PHI. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito.
- Usted tiene el derecho de solicitar un medio alternativo de comunicación confidencial.** Usted tiene derecho a pedirnos de ponerse en contacto con usted acerca de su información de salud utilizando un método alternativo (correo electrónico, teléfono) y para un destino alternativo (teléfono celular, dirección alternativa) designado para usted. Nos tiene que informar de esta solicitud por escrito en un formulario proporcionado por nuestra organización. Vamos a seguir todas las solicitudes razonable.
- Usted tiene el derecho de inspeccionar y recibir una copia de su PHI.** Usted puede revisar y obtener una copia de su historial médico completo. Nos reservamos el derecho a cobrar una tarifa por papel o copias de los registros de salud electrónicos según lo establecido por las normas estatales o federales.
- Usted tiene el derecho a solicitar una modificación de su PHI.** Usted puede solicitar una modificación de su PHI, siempre que el registro de salud es mantenido por nuestra organización. En ciertos casos, podemos rechazar su petición.
- Usted tiene el derecho a solicitar una restricción de su PHI.** Usted puede solicitar una restricción, por escrito, a no utilizar o divulgar cualquier parte de su PHI para los propósitos de tratamiento, pago u operaciones. Si es aceptado, vamos a hacer cumplir la restricción, excepto en situaciones de emergencia, cuando se necesita la información para su tratamiento. En ciertos casos, podemos rechazar su petición. Usted puede solicitar, por escrito, que se restrinja la comunicación con su plan de salud para recibir tratamiento o servicios que han sido pagados en su totalidad, de su bolsillo. No se nos permite negar este tipo de restricción solicitada.
- Usted tiene el derecho de solicitar la rendición de cuentas de la divulgación.** Usted puede solicitar una lista de las revelaciones que hemos hecho de su PHI a personas o entidades ajenas a nuestra organización.
- Usted tiene el derecho de recibir un aviso de incumplimiento de privacidad.** Usted tiene el derecho a recibir una notificación por escrito si nuestra organización descubre una violación de la privacidad de su PHI y determina a través de una evaluación del riesgo que se requiere la notificación.

Cómo podemos usar o divulgar su Información Médica Protegida (PHI)

La siguiente es una lista de las maneras en que podemos usar o divulgar su PHI que no requiere autorización por escrito.

- Tratamiento.** Podemos usar o divulgar su PHI para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación y la gestión de su atención médica con un tercero que está involucrado en el cuidado y tratamiento. Esto también incluiría la farmacia que llenaría sus recetas y todos los profesionales médicos que pueden estar implicados en sus servicios de salud.
- Pago.** Se utilizará su PHI, según resulte necesario, para determinar la elegibilidad o la cobertura de seguro y para obtener los pagos por sus servicios de salud.
- Operaciones de atención médica.** Podemos usar o divulgar su PHI, según sea necesario, para apoyar las actividades comerciales de nuestra organización. Esto puede incluir, pero no limitado a planificación y desarrollo, evaluación de la calidad y mejora, revisiones médicas, las funciones de auditoría de servicios legales y las actividades de seguridad del paciente.
- Avisos especiales.** Podemos utilizar su PHI, según resulte necesario, ponerse en contacto con usted por teléfono o por otros medios, incluyendo nuestro portal de pacientes, para recordarle de sus citas, para ofrecerle los resultados de laboratorio o los resultados de otras pruebas de diagnóstico o para proporcionar información que describe o recomienda planes de tratamiento o alternativas respecto a su cuidado. También nos pondremos en contacto con usted para proporcionarle información acerca de los beneficios y servicios relacionados con la salud ofrecidos por nuestra organización, actividades de recaudación de fondos, o para revelar información con respecto a un plan de salud de grupo. Usted tiene el derecho de optar no recibir este tipo de avisos especiales.
- Organización de Información de Salud.** La organización puede optar por utilizar una organización de la información de salud para facilitar el intercambio electrónico de información para los propósitos de tratamiento, pago o atención médica.
- Para otras personas involucradas en su atención médica.** Podemos revelar su PHI a un miembro de la familia, un amigo o cualquier otra persona que usted identifique que se relaciona directamente con la participación de esa persona en su atención médica (Autorización del paciente limitado para la divulgación de la PHI individual). Si usted no está presente, no puede aceptar u oponerse a tal revelación, podemos revelar la información necesaria determinamos es en su mejor interés basado en nuestro juicio profesional. Podemos utilizar su PHI para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal u otra persona responsable de su cuidado de su condición general o muerte. Sólo se divulgará la PHI que es necesario.
- Otros usuarios y reveladores permitidos y requeridos.** También se nos permite usar o divulgar su PHI sin su autorización por escrito para los siguientes fines:
 - **Como es requerido por la ley** (cualquier información limitada a los requisitos pertinentes de la ley)
 - **Para las actividades de salud pública** (control de enfermedades, estadísticas vitales, de salud pública)
 - **Actividades de supervisión de la salud** (adultos, civil, penal, o investigaciones administrativas)
 - **Para reportar casos de abuso, negligencia o violencia doméstica**
 - **Para cumplir con los requisitos de la Administración de Alimentos y Medicamentos**
 - **Motivo de estudios**
 - **Procedimientos judiciales y administrativos** (en respuesta a una orden judicial)
 - **Fines policiales**
 - **Para médicos forenses y directores de funerarias** (identificación de proceso de la enfermedad o la causa de la muerte)
 - **Para donación de órganos o tejidos** (en relación con el personal militar, los veteranos, con fines de seguridad nacional o cuando preso en un centro de corrección)
 - **Worker's Comp** (en la medida necesaria para cumplir con las leyes aplicables)
 - **Para evitar una seria amenaza para la salud o la seguridad**
 - **Si es requerido por el Departamento de Servicios de Salud con el fin de investigar o determinar nuestras conformidades con los requisitos de la Regla de Privacidad.**

Quejas/Querrela: Si usted siente que hemos violado sus derechos de privacidad, o si tiene preguntas referentes a nuestro Aviso de prácticas de privacidad, puede ponerse en contacto o presentar una queja por escrito a la siguiente dirección: **Family Health Source Administración, 1200 S Woodland Blvd Deland, FL 32720** o con la agencia federal encargada de hacer cumplir los derechos de privacidad de los pacientes. Esa dirección es: **Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., 200 Independence Avenue S. W., Sala 509F, HHS Building, Washington, DC 20201.**