

CHATHAM COUNTY PUBLIC HEALTH DEPARTMENT
LEADING THE CHARGE TO A HEALTHIER CHATHAM



Protected Health Information Policy, 01-05


Health Director


QA/QI/Compliance Officer

Approval Date by the Health Director

5-9-17

Created: 3-25-2003

Reviewed: 8-17-04, 1-11-08, 7-17-09, 8-29-11, 9-6-12, 7-18-13, 7-24-14, 11-22-16

Revised: 9-21-15, 5-4-17

I. GOAL

- A. To ensure confidentiality, privacy, and security of protected health information (PHI) contained in client records; following all federal, state, and agency requirements and guidelines.

II. PURPOSE

- A. To ensure confidentiality, privacy and security of PHI contained in patient/client designated record sets, to assure that legal requirements and program standards are met, to ensure uniformity and efficiency of patient/client records, and to provide documentation of client care for audit, statistical and billing purposes.

III. REFERENCES

- A. Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996.
- B. Federal Register, Volume 78 Number 17, Part II Department of Health and Human Services, 45 CFR Parts 160 and 164, Modifications to the HIPAA Privacy, Security, Enforcement, and Breach Notification Rules Under the Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act and the Genetic Information Nondiscrimination Act; Other Modifications to the HIPAA Rules; Final Rule, January 25, 2013.
- C. U.S. Department of Health and Human Services (DHHS) Health Information Privacy website at <https://www.hhs.gov/hipaa/index.html>
- D. HIPAA Administrative Simplification, Regulation Text 45 CFR Parts 160, and 164

Chatham County Public Health Department
Protected Health Information (PHI) Policy, 01-05

(Unofficial Version, as amended through March 16, 2013).

- E. Occupational Safety & Health Administration (OSHA), 29 Code of Federal Regulations, Standard 1910.1020 – Access to employee exposure and records.
- F. NCGS 7B-302. Assessment by director; access to confidential information; notification of person making the report.
- G. NCGS 7B-601. Appointment and duties of guardian ad litem.
- H. NCGS 7B-1413. Access to records.
- I. NCGS 130A. Public Health.
- J. Clinical Laboratory Improvements Act (CLIA) of 1988.
- K. Records Retention & Disposition Schedule for Local health Departments located at <http://archives.ncdcr.gov/For-Government/Retention-Schedules/Local-Schedules>.
- L. UNC School of Government, NC Public Health Law website located at <http://www.sog.unc.edu/>.
- M. Chatham County Public Health Department (CCPHD) Collection and Use of Social Security Numbers by CCPHD, 09-11.
- N. CCPHD Medical Record Entries Policy, 09-12.
- O. CCPHD Medical Record Keeping Policy, 09-13.
- P. CCPHD Establishing Identity for Designated Records Set Policy, 09-19.

IV. DEFINITIONS

- A. Authorized Personnel – CCPHD employees who have permission to access and process medical records in order to fulfill their job responsibilities. The staff includes the Medical Director, Physician Extenders, Nurses, Interpreters, Nutritionist, Laboratory Technicians, Social Workers, Clinical Administrative Support staff, Medical Records personnel and Health Director as necessary to fulfill legal responsibilities of the position.
- B. Designated Record Set – Health information created and/or maintained by CCPHD and its Business Associates. A Designated Record Set may include the paper or electronic active/inactive medical, case management and care coordination records, death certificates, paper and electronic claims submitted to third party payers. Information that is not included in a Designated Record Set are: 1) psychotherapy notes, 2) copies already maintained in the “official” record, 3) quality improvement records, 4) risk management records, 5) cancer registry information, 6) research documents, 7) appointment schedules, 8) information compiled for civil, criminal, or administrative action, 9) information subject to the Clinical Laboratory Improvements Act (CLIA), 10) records from other agencies, 11) coding worksheets, 12) notification of bankruptcy claims, and 12) birth certificates.
- C. Health Information – Any information, whether oral or recorded in any form or medium, that is created or received by a health care provider, health plan, public health authority,

Chatham County Public Health Department
Protected Health Information (PHI) Policy, 01-05

employer, life insurer, school or university, or health care clearinghouse and related to the past, present, or future physical or mental health or condition of an individual, the provision of health care to an individual or the past, present, or future payment for the provision of health care to an individual.

- D. Protected Health Information (PHI) – Individually identifiable health information whether oral or recorded, transmitted or maintained in any form or medium that is created or received by a health care provider and relates to the past, present or future physical or mental health or condition of an individual; the provision of health care to an individual; or the past, present, or future payment for the provision of health care to an individual. Exclusions: education records covered by the Family Educational Right & Privacy Act, and employment records held by a covered entity in its role as an employer.
- E. Privacy Officer – The CCPHD staff member whose duties include development, implementation, maintenance of, and adherence to CCPHD policies and procedures covering the privacy of, and access to, protected health information in compliance with state and federal laws and the healthcare organization information privacy practices.
- F. Use – The sharing, employment, application, utilization, examination, or analysis of protected health information within an entity that maintains such information.
- G. Breach-An impermissible use or disclosure under the Privacy Rule that compromises the security or privacy of the protected health information such that the use or disclosure poses a significant risk of financial, reputational, or other harm to the affected individual.

V. FOCUS POPULATION

- A. Employees, contract staff, student interns, volunteers and all patients/clients served in clinical or care coordination services by CCPHD.

VI. POLICY

- A. CCPHD shall initiate and maintain all patient/client records in a systematic way in accordance with the policies and procedures of each respective client service area and according to HIPAA regulations in order to safeguard every patient's/client's protected health information (PHI).

VII. PROCEDURES

- A. All health records shall be safeguarded against unauthorized disclosure while in use.
- B. All health records shall be maintained in such a way as to preclude loss or damage.
- C. When not in use, health records shall be stored and secured in the designated medical record areas.
- D. Upon employment, employees, contract personnel, business associates, students, reviewers, and volunteers are required to read and sign the Confidentiality Agreement and the Computer and Information Usage Agreement.
- E. All medical charts and records containing PHI shall be maintained and filed in a secure and HIPAA compliant area. Only trained personnel are allowed to retrieve, process and re-file patient charts.

Chatham County Public Health Department
Protected Health Information (PHI) Policy, 01-05

- F. Client records on paper shall not be kept overnight or over weekends by an employee. Staff members are responsible for returning all client records in their possession to the locked medical records area at the end of each day.
- G. Laptop computers with access to electronic medical records shall be logged off, shut down, and stored in a secure area inside a locked health department building at the end of the business day.
- H. Transporting of client records off-site shall be done according to the guidelines of the CCPHD Medical Record Keeping Policy, 09-13.
- I. All fax machines authorized to receive personal and/or protected health information shall be securely maintained out of public areas.
- J. Authorizations to release PHI are required by HIPAA with a few exceptions. The Notice of Privacy Practice (NOPP) outlines to whom and when consent to release is and is not required (Appendix A – English & Spanish). CCPHD follows those guidelines set by HIPAA and federal and state regulations. The (NOPP) shall be signed at initial clinic visits, inserted into the client's medical record, and shall be made available to each client upon subsequent visits. Any state or federal laws and regulations more stringent than HIPAA regulations for disclosing PHI shall be followed. A signed consent or agency referral is required in some instances before PHI is released (Appendix B).
- K. The CCPHD follows the current NC Records Retention and Disposition Schedule for Local Health Departments to purge PHI.
- L. All administrative and clinical services shall be provided to CCPHD clients in a manner and location that respects client dignity and privacy according to HIPAA policy:
 - 1. Clients shall be asked to provide verbal personal information only in private areas.
 - 2. If a client is unable to read and/or write or is LEP, the clinic staff shall assist the client in completing registration paperwork in a private interview room and it will be noted on the registration form that the client needed assistance completing paperwork.
- M. CCPHD staff shall not send or receive any PHI through any form of social media (e.g., Facebook, Twitter, or Snap Chat) or text messaging unless it has been initiated by a client to a CCPHD issued phone and which can be reproduced or recovered for inclusion into the client's medical record.
- N. At no time shall PHI be sent via email unless fully encrypted to prevent opening by unintended users.
- O. Staff shall not release PHI to law enforcement or in response to a subpoena without approval of the Director of Nursing or Health Director.
- P. Potential breaches of PHI shall be reported to the Privacy Officer and/or Nursing Director and Health Director and investigated in compliance with HIPAA rules and as requested by the Health Director.

VIII. APPENDICES

- A. Notice of Privacy Practices – English
- B. Notice of Privacy Practices – Spanish



Chatham County Public Health Department

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.

Effective: April 14, 2003

**If you have any questions or requests, please contact
Director of Nursing
P. O. Box 130
Pittsboro, North Carolina 27312
Telephone Number: 919-742-5641**

Reviewed December 5, 2011

TABLE OF CONTENTS

- A. We have a legal duty to protect health information (PHI) about you.
- B. We may use and disclose PHI about you in the following circumstances.
 - 1. We may use and disclose PHI about you to provide health care treatment to you.
 - 2. We may use and disclose PHI about you to obtain payment for services.
 - 3. We may use and disclose your PHI for health care operations.
 - 4. We may use and disclose PHI under other circumstances without your authorization.
 - 5. You can object to certain uses and disclosures.
 - 6. We may contact you to provide appointment reminders.
 - 7. We may contact you with information about treatment, services, products or health care providers.
- C. You have several rights regarding PHI about you.
 - 1. You have the right to request restrictions on uses and disclosures of PHI about you.
 - 2. You have the right to request different ways to communicate with you.
 - 3. You have the right to see and copy PHI about you.
 - 4. You have the right to request amendment of PHI about you.
 - 5. You have the right to a listing of disclosures we have made.
 - 6. You have a right to a copy of this Notice.
- D. You may file a complaint about our privacy practices.
- E. Effective date of this Notice: April 14, 2003; Revised: June 26, 2009; Reviewed; Dec. 5, 2011.

A. WE HAVE A LEGAL DUTY TO PROTECT HEALTH INFORMATION ABOUT YOU.

.....

We are required to protect the privacy of health information about you and that can be identified with you, which we call "protected health information," or "PHI" for short. We must give you notice of our legal duties and privacy practices concerning PHI:

- We must protect PHI that we have created or received about your past, present, or future health condition, health care we provide to you, or payment for your health care.
- We must notify you about how we protect PHI about you.
- We must explain how, when and why we use and/or disclose PHI about you.
- We may only use and/or disclose PHI as we have described in this Notice.

We are required to follow the procedures in this Notice. We reserve the right to change the terms of this Notice and to make new notice provisions effective for all PHI that we maintain by first:

- Posting the revised notice in our offices;
 - Making copies of the revised notice available upon request (either at our offices or through the contact person listed in this Notice); and
 - Posting the revised notice on our website.
-

B. WE MAY USE AND DISCLOSE PHI ABOUT YOU WITHOUT YOUR AUTHORIZATION IN THE FOLLOWING CIRCUMSTANCES.

.....

1. We may use and disclose PHI about you to provide health care treatment to you.

We may use and disclose PHI about you to provide, coordinate or manage your health care and related services. This may include communicating with other health care providers regarding your treatment and coordinating and managing your health care with others, which may include information about communicable diseases (such as HIV). For example, we may use and disclose PHI about you when you need a prescription, lab work, an x-ray, or other health care services. In addition, we may use and disclose PHI about you when referring you to another health care provider.

EXAMPLE: Your doctor, nurse practitioner, or public health nurse may share medical information about you with another health care provider. For example, if you are referred to another doctor, that doctor will need to know if you are allergic to any medications. Similarly, your doctor may share PHI about you with a pharmacy when calling in a prescription.

2. We may use and disclose PHI about you to obtain payment for services.

Generally, we may use and give your medical information to others to bill and collect payment for the treatment and services provided to you. Before you receive scheduled services, we may share information about these services with your health plan(s). Sharing information allows us to ask for coverage under your plan or policy and for approval of payment before we provide the services. We may also share portions of your medical information with the following:

- Billing departments;
- Collection departments or agencies;
- Insurance companies, health plans and their agents which provide you coverage;
- Hospital departments that review the care you received to check that it and the costs associated with it were appropriate for your illness or injury;

EXAMPLE: Let's say you have an abnormal lab test result. We may need to give your health plan(s) information about your condition and services you received. The information is given to our billing department and your health plan so we can be paid.

3. We may use and disclose your PHI for health care operations.

We may use and disclose PHI in performing business activities, which we call "health care operations". These "health care operations" allow us to improve the quality of care we provide and reduce health care costs. Examples of the way we may use or disclose PHI about you for "health care operations" include the following:

- Reviewing and improving the quality, efficiency and cost of care that we provide to you and our other patients. For example, we may use PHI about you to develop ways to assist our health care providers and staff in deciding what medical treatment should be provided to others;
- Improving health care and lowering costs for groups of people who have similar health problems and to help manage and coordinate the care for these groups of people. We may use PHI to identify groups of people with similar health problems to give them information, for instance, about treatment alternatives, classes, or new procedures;
- Reviewing and evaluating the skills, qualifications, and performance of health care providers taking care of you;
- Providing training programs for students, trainees, health care providers or non-health care professionals (for example, billing clerks or assistants, etc.) to help them practice or improve their skills;
- Cooperating with outside organizations that assess the quality of the care we and others provide. These organizations might include government agencies or accrediting bodies such as the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.
- Cooperating with outside organizations that evaluate, certify or license health care providers, staff or facilities in a particular field or specialty. For example, we may use or disclose PHI so that one of our nurses may become certified as having expertise in a specific field of nursing, such as pediatric nursing.
- Assisting various people who review our activities. For example, PHI may be seen by doctors reviewing the services provided to you, and by accountants, lawyers, and others who assist us in complying with applicable laws.
- Planning for our organization's future operations;
- Conducting business management and general administrative activities related to our organization and the services it provides, including providing information;
- Resolving grievances within our organization.
- Reviewing activities and using or disclosing PHI in the event that we sell our business, property or give control of our business or property to someone else.
- Complying with this Notice and with applicable laws.

4. We may use and disclose PHI under other circumstances without your authorization.

We may use and/or disclose PHI about you for a number of circumstances in which you do not have to consent, give authorization or otherwise have an opportunity to agree or object. Those circumstances include:

- When the use and/or disclosure is required by law. For example, when a disclosure is required by federal, state or local law or other judicial or administrative proceeding;
- When the use and/or disclosure is necessary for public health activities. For example, we may disclose PHI about you if you have been exposed to a communicable disease or may otherwise be at risk of contracting or spreading a disease or condition.
- When the disclosure relates to victims of abuse, neglect or domestic violence;
- When the use and/or disclosure is for health oversight activities. For example, we may disclose PHI about you to a state or federal health oversight agency which is authorized by law to oversee our operations.
- When the disclosure is for judicial and administrative proceedings. For example, we may disclose PHI about you in response to an order of a court or administrative tribunal.

- When the disclosure is for law enforcement purposes. For example, we may disclose PHI about you in order to comply with laws that require the reporting of certain types of wounds or other physical injuries.
- When the use and/or disclosure relates to decedents. For example, we may disclose PHI about you to a coroner or medical examiner for the purposes of identifying you should you die.
- When the use and/or disclosure relates to medical research. Under certain circumstances, we may disclose PHI about you for medical research.
- When the use and/or disclosure is to avert a serious threat to health or safety. For example, we may disclose PHI about you to prevent or lessen a serious and eminent threat to the health or safety of a person or the public.
- When the use and/or disclosure relates to specialized government functions. For example, we may disclose PHI about you if it relates to military and veterans' activities, national security and intelligence activities, protective services for the President, and medical suitability or determinations of the Department of State.
- When the use and/or disclosure relates to correctional institutions and in other law enforcement custodial situations. For example, in certain circumstances, we may disclose PHI about you to a correctional institution having lawful custody of you.

5. You can object to certain uses and disclosures.

Unless you object, we may use or disclose PHI about you in the following circumstances:

- We may share with a family member, relative, friend or other person identified by you, PHI directly related to that person's involvement in your care or payment for your care. We may share with a family member, personal representative or other persons responsible for your care PHI necessary to notify such individuals of your location, general condition or death.
- We may share with a public or private agency (for example, American Red Cross) PHI about you for disaster relief purposes. Even if you object, we may still share the PHI about you, if necessary for the emergency circumstances.
- We may share with Workers' Compensation to comply with workers' compensation laws or laws relating to other similar programs that are established by law and provide benefits for work-related injuries or illness without regard to fault.
- We may share with your employer such findings to comply with its obligations under the federal Occupational Safety & Health Act (OSHA), the federal Mine Safety & Health Act, or a similar state law, to record the illness or injury, or to carry out responsibilities for workplace medical surveillance.

If you would like to object to our use or disclosure of PHI about you in the above circumstances, please call our contact person listed on the cover page of this Notice.

6. We may contact you to provide appointment reminders.

We may use and/or disclose PHI to contact you to provide a reminder to you about an appointment you have for treatment or medical care.

7. We may contact you with information about treatment, services, products or health care providers.

We may use and/or disclose PHI to manage or coordinate your healthcare. This may include telling you about treatments, services, products and/or other healthcare providers. We may also use and/or disclose PHI to give you gifts of a small value.

EXAMPLE: If you are diagnosed with diabetes, we may tell you about nutritional and other counseling services that may be of interest to you. ¹

**** ANY OTHER USE OR DISCLOSURE OF PHI ABOUT YOU REQUIRES YOUR WRITTEN AUTHORIZATION ****

Under any circumstances other than those listed above, we will ask for your written authorization before we use or disclose PHI about you. If you sign a written authorization allowing us to disclose PHI about you in a specific situation, you can later cancel your authorization in writing. If you cancel your authorization in writing, we will not disclose PHI about you after we receive your cancellation, except for disclosures which were being processed before we received your cancellation.

C. YOU HAVE SEVERAL RIGHTS REGARDING PHI ABOUT YOU.

1. You have the right to request restrictions on uses and disclosures of PHI about you.

You have the right to request that we restrict the use and disclosure of PHI about you. We are not required to agree to your requested restrictions. However, even if we agree to your request, in certain situations your restrictions may not be followed. These situations include emergency treatment, disclosures to the Secretary of the Department of Health and Human Services, and uses and disclosures described in subsection 4 of the previous section of this Notice. You may request a restriction by contacting the Director of Nursing.

2. You have the right to request different ways to communicate with you.

You have the right to request how and where we contact you about PHI. For example, you may request that we contact you at your work address or phone number. Your request must be in writing. We must accommodate reasonable requests, but, when appropriate, may condition that accommodation on your providing us with information regarding how payment, if any, will be handled and your specification of an alternative address or other method of contact. You may request alternative communications by contacting the Director of Nursing.

3. You have the right to see and copy PHI about you.

You have the right to request to see and receive a copy of PHI contained in clinical, billing and other records used to make decisions about you. Your request must be in writing. Instead of providing you with a full copy of the PHI, we may give you a summary or explanation of the PHI about you, if you agree in advance to the form and cost of the summary or explanation. There are certain situations in which we are not required to comply with your request. Under these circumstances, we will respond to you in writing, stating why we will not grant your request and describing any rights you may have to request a review of our denial. You may request to see and receive a copy of PHI by contacting the Director of Nursing.

4. You have the right to request amendment of PHI about you.

You have the right to request that we make amendments to clinical, billing and other records used to make decisions about you. Your request must be in writing and must explain your reason(s) for the amendment. We may deny your request if: 1) the information was not created by us (unless you prove the creator of the information is no longer available to amend the record); 2) the information is not part of the records used to make decisions about you; 3) we believe the information is correct and complete; or 4) you would not have the right to see and copy the record as described in paragraph 3 above. We will tell you in writing the reasons for the denial and describe your rights to give us a written statement disagreeing with the denial. If we accept your request to amend the information, we will make reasonable efforts to inform others of the amendment, including persons you name who have received PHI about you and who need the amendment. You may request an amendment of your PHI by contacting the Director of Nursing.

5. You have the right to a listing of disclosures we have made.

If you ask our contact person in writing, you have the right to receive a written list of certain disclosures of PHI about you. You may ask for disclosures made up to six (6) years before your request (not including disclosures made prior to April 14, 2003). We are not required to include disclosures:

- For your treatment
- For billing and collection of payment for your treatment
- For our health care operations
- Requested by you, that you authorized, or which are made to individuals involved in your care
- Allowed by law when the use and/or disclosure relates to certain specialized government functions or relates to correctional institutions and in other law enforcement custodial situations (please see subsection 4 in the section above) and
- As part of a limited set of information which does not contain certain information which would identify you.

The list will include the date of the disclosure, the name (and address, if available) of the person or organization receiving the information, a brief description of the information disclosed, and the purpose of the disclosure. You may request a listing of disclosures by contacting the Director of Nursing.

6. You have the right to a copy of this Notice.

You have the right to request a paper copy of this Notice at any time by contacting the Director of Nursing. We will provide a copy of this Notice no later than the date you first receive service from us (except for emergency services, and then we will provide the Notice to you as soon as possible).²

.....
D. YOU MAY FILE A COMPLAINT ABOUT OUR PRIVACY PRACTICES.
.....

If you think your privacy rights have been violated by us, or you want to complain to us about our privacy practices, you can contact the person listed below:

Director of Nursing, P. O. Box 130, Pittsboro, North Carolina, 919-742-5641

You may also send a written complaint to the United States Secretary of the Department of Health and Human Services.

If you file a complaint, we will not take any action against you or change our treatment of you in any way.

.....
E. EFFECTIVE DATE OF THIS NOTICE
.....

This Notice of Privacy Practices is effective on: April 14, 2003; Revision June 26, 2009; Reviewed Dec. 5, 2011.

Chatham County Public Health Department

P. O. Box 130, Pittsboro, NC 27312

HIPAA Complaint Form

As required by the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 you have a right to complain about our privacy policies, procedures or actions. Chatham County Public Health Department will not engage in any discriminatory or other retaliatory behavior against you because of this complaint. Please be as thorough and forthright as possible.

Please complete the sections below:

Name:
Address:
Phone:
Email Address:
What is the best way to reach you?
What are the best hours to reach you?

Details of your complaint: (Please be as specific as possible with dates, times and the specific policy, procedure or action taken; include the names, if any, of any one in the office with whom you discussed this. Use the other side of this form if you need more room.)

Signature Date

This section is to be completed by the reviewer:

Date received:	Reviewed by:
Privacy Officer:	Review Date:

Reviewer's Comments:

Departamento de Salud Pública del Condado de Chatham



ANUNCIO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTE ANUNCIO DESCRIBE COMO LA
INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER
USADA Y REVELADA Y COMO PUEDE USTED TENER
ACCESO A ÉSTA INFORMACIÓN.
POR FAVOR, LÉALA CUIDADOSAMENTE.**

Efectivo: 14 de Abril del 2003

Si tiene cualquier pregunta o solicitud, por favor contacte al

Director de Enfermeras

P.O. BOX 130

Pittsboro, North Carolina 27312

Número de Teléfono: 919-742-5641

Revisado: 5 de Diciembre del 2011

ÍNDICE DE MATERIAS

.....

- A. Tenemos un deber legal de proteger la información de salud (ISP) acerca de usted.
- B. Podemos usar y revelar la ISP acerca de usted en las circunstancias siguientes:
 - 1. Podemos usar y revelar la ISP acerca de usted para proporcionarle tratamientos del cuidado de salud a usted.
 - 2. Podemos usar y revelar la ISP acerca de usted para obtener pago por servicios.
 - 3. Podemos usar y revelar su ISP para operaciones del cuidado de salud.
 - 4. Podemos usar y revelar la ISP bajo otras circunstancias sin su autorización.
 - 5. Usted puede oponerse a ciertos usos y revelaciones.
 - 6. Podemos contactarlo para proporcionarle recordatorios de cita.
 - 7. Podemos contactarlo para darle información sobre tratamientos, servicios, productos, o proveedores de salud.
- C. Tiene varios derechos con respecto al ISP acerca de usted.
 - 1. Tiene el derecho de pedir restricciones en usos y revelaciones de la ISP acerca de usted.
 - 2. Tiene el derecho de pedir maneras diferentes de comunicarnos con usted.
 - 3. Tiene el derecho de ver y copiar la ISP acerca de usted.
 - 4. Tiene el derecho de pedir enmiendas a la ISP acerca de usted.
 - 5. Tiene el derecho a una lista de revelaciones que hayamos hecho.
 - 6. Tiene el derecho a una copia de éste anuncio.
- D. Puede someter una queja acerca de nuestras prácticas de privacidad.
- E. Fecha efectiva de este anuncio: 14 de Abril del 2003; Revisado: 26 de Junio del 2009; 5 de Diciembre del 2011

A. TENEMOS UN DEBER LEGAL DE PROTEGER LA INFORMACIÓN DE SALUD ACERCA DE USTED.

Se nos exige proteger la privacidad de información de salud acerca de usted y que pueda ser identificada con usted, lo que llamamos "información de salud protegida," o ISP para abreviar. Debemos darle el anuncio de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad concerniente al ISP:

- Debemos proteger la ISP que hemos creado o recibido sobre su pasado, presente, o condición de salud futura, cuidado de salud que nosotros proporcionamos para usted, o el pago de éste.
- Debemos notificarle sobre cómo protegemos la ISP acerca de usted.
- Debemos explicar cómo, cuándo y porque usamos y/o revelamos la ISP acerca de usted.
- Podemos solamente usar y/o revelar la ISP como hemos descrito en este anuncio.

Se nos exige seguir los procedimientos de este anuncio. Reservamos el derecho de cambiar los términos de este anuncio y de hacer nuevas provisiones al anuncio efectivas para toda la ISP que mantenemos, por primero:

- Fijar el anuncio revisado en nuestras oficinas;
- Hacer copias del anuncio revisado y tenerlas disponibles si son pedidas (puede ser en nuestras oficinas o a través de la persona de contacto descrita en este anuncio); y
- Fijar el anuncio revisado en nuestro sitio de Internet.

.....
B. PODEMOS USAR Y REVELAR LA ISP ACERCA DE USTED SIN SU AUTORIZACIÓN EN LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS.

1. Podemos usar y revelar la ISP acerca de usted para proporcionarle tratamiento para el cuidado de su salud.

Podemos usar y revelar la ISP acerca de usted para proporcionar, coordinar o manejar su salud y los servicios relacionados. Esto puede incluir el comunicarse con otros proveedores de cuidado de salud con respecto a su tratamiento y coordinando y manejando su cuidado de salud con otros, lo que puede incluir información sobre enfermedades transmisibles (tal como el VIH). Por ejemplo, nosotros podemos usar y revelar la ISP acerca de usted cuando necesite una receta, trabajo de laboratorio, una radiografía, u otros servicios de cuidado de salud. Además, podemos usar y revelar la ISP acerca de usted cuando lo remitimos a otro proveedor de salud.

EJEMPLO: Su médico, enfermera especialista, o enfermera de salud pública pueden compartir información médica acerca de usted con otro proveedor de salud. Por ejemplo, si ha sido dirigido a otro médico, ese médico necesitará saber si es alérgico a alguna medicina. Similarmente, su médico puede compartir la ISP acerca de usted con una farmacia al llamar para una receta.

2. Podemos usar y revelar la ISP acerca de usted para obtener pago por servicios.

Generalmente, nosotros podemos usar y dar su información médica a otros para facturar y recaudar pago por tratamiento y servicios proveídos a usted. Antes de que usted reciba atención médica podemos compartir la información sobre estos servicios con su plan de salud. La información compartida permite que nosotros preguntemos por cobertura bajo su plan o póliza de seguro médico y por aprobación de pago antes de proveer los servicios. También podríamos compartir porciones de su información médica con los siguientes:

- Departamentos de facturación;
- Departamentos o agencias de colección;
- Compañías aseguradoras, planes de salud y sus agentes quienes le proporcionan cobertura a usted;
- Departamentos de hospital que repasan el cuidado que usted recibió para verificar que éste y los cobros asociados con ello fueron apropiados para su enfermedad o lesión;

EJEMPLO: Digámos que tuvo un examen de laboratorio con resultados anormales. Pueda ser que tengámos que darle información a su plan de salud acerca de su condición y de los servicios que usted

recibió. La información es dada a nuestro departamento de facturación y a su plan de salud, para que así nos paguen a nosotros.

3. Podemos usar y revelar la ISP para operaciones de cuidado de salud.

Podemos usar y revelar su ISP al realizar las actividades de negocio, que llamamos “operaciones de cuidado de salud.” Estas “operaciones de cuidado de salud” nos permiten mejorar la calidad del cuidado que proveemos y a reducir los costos para el cuidado de salud. Ejemplos de las maneras en las cuales podemos usar o revelar la ISP acerca de usted para “operaciones de cuidado de salud” incluyen los siguientes:

- Examinando y mejorando la calidad, eficiencia y costo del cuidado que proveemos para usted y nuestros pacientes. Por ejemplo, nosotros podemos usar la ISP acerca de usted para desarrollar maneras para auxiliar a nuestros proveedores de salud y a su personal en decidir que tratamiento médico se debe proveer para otros;
- Mejorando el cuidado de salud y bajando los costos para los grupos de personas que tienen problemas de salud similares y para ayudar a manejar y coordinar el cuidado de estos grupos de personas. Podemos usar la ISP para identificar grupos de personas con problemas de salud similares para darles información, por ejemplo, sobre tratamientos alternativos, clases, o procedimientos nuevos;
- Examinando y evaluando las habilidades, calificaciones y desempeño de los proveedores de salud a cargo de su cuidado;
- Proporcionar programas de entrenamiento para estudiantes, aprendices, proveedores de salud y profesionales no a cargo de la salud, (como por ejemplo, agentes o asistentes de facturación, etc.) para ayudarles a practicar o a mejorar sus habilidades;
- Cooperar con organizaciones exteriores que evalúan la calidad de cuidado de nosotros y que otros proveen. Estas organizaciones pueden incluir las agencias de gobierno o cuerpos acreditadores tal como la Comisión Mixta en la Acreditación de las Organizaciones de Cuidado de Salud.
- Cooperar con organizaciones exteriores que evalúan, certifican, o dan licencias a los proveedores de salud, personal, o entidades en un área particular o especialidad. Por ejemplo, nosotros podemos usar o revelar la ISP de modo que una de nuestras enfermeras pueda llegar a ser certificada, teniendo pericia en un campo específico de enfermería, tal como enfermería pediátrica.
- Ayudando a varias personas que repasan nuestras actividades. Por ejemplo, la ISP puede haber sido vista por médicos que están repasando los servicios que son dados a usted, y por contadores, abogados y otros que nos ayudan a cumplir con las leyes aplicables.
- Planear para las operaciones de futuro de nuestra organización;
- Conducir manejo de negocio y actividades administrativas generales relacionadas con nuestra organización y los servicios que proveemos incluyendo dando información;
- Resolver quejas dentro de nuestra organización.
- Repasando las actividades y usando o revelando la ISP en el caso de que nosotros vendámos nuestro negocio, propiedad, o démos el control de nuestro negocio o propiedad a alguna otra persona.
- Cumplir con este anuncio y con las leyes aplicables.

4. Podemos usar y revelar la ISP bajo otras circunstancias sin su autorización.

Podemos usar o revelar la ISP acerca de usted por varias circunstancias por las cuales usted no tiene que dar su consentimiento, dar autorización, o tener la oportunidad para estar de acuerdo u oponerse. Estas circunstancias incluyen:

- Cuando el uso y/o la revelación es requerida por ley. Por ejemplo, cuando una revelación es requerida por leyes federales, estatales, o locales o por otro procedimiento judicial o administrativo;
- Cuando el uso y/o la revelación es necesaria para actividades de salud pública. Por ejemplo, podemos revelar la ISP acerca de usted si usted ha sido expuesto a una enfermedad transmisible o de otra manera puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.
- Cuando la revelación se relaciona con víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica;

- Cuando el uso y/o revelación es para actividades de vigilancia de salud. Por ejemplo, podemos revelar la ISP acerca de usted a una agencia de vigilancia de salud estatal o federal que es autorizada por ley en vigilar nuestras operaciones.
- Cuando la revelación es para procedimientos judiciales y administrativos. Por ejemplo, podemos revelar la ISP acerca de usted en respuesta a una orden de una corte o tribunal administrativo.
- Cuando la revelación es para propósitos de ejecución de la ley. Por ejemplo, nosotros podemos revelar la ISP acerca de usted con fin de cumplir con las leyes que requieren que reportemos ciertos tipos de heridas o daños físicos.
- Cuando el uso y/o revelación se relaciona con difuntos. Por ejemplo, nosotros podemos revelar la ISP acerca de usted para un funcionario encargado de investigar muertes o a un médico forense para los propósitos de identificarlo en caso que fallezca.
- Cuando el uso y/o revelación se relaciona con investigación médica. En ciertas circunstancias, podemos revelar la ISP acerca de usted para investigación médica.
- Cuando el uso y/o revelación es para evadir una amenaza seria a la salud o seguridad. Por ejemplo, podemos revelar la ISP acerca de usted para prevenir o disminuir una amenaza seria y eminente para la salud o seguridad de una persona o del público.
- Cuando el uso y/o revelación se relaciona a funciones especializadas del gobierno. Por ejemplo, podemos revelar la ISP acerca de usted si se relaciona con actividades del ejercito o de veteranos, seguridad nacional y actividades de inteligencia, servicios de protección para el Presidente, y apropiación médica o por la determinación del Departamento del Estado.
- Cuando el uso y/o revelación se relaciona a institutos correccionales y en otras situaciones pertenecientes a la custodia de la ejecución de la ley. Por ejemplo, en ciertas circunstancias, nosotros podemos revelar la ISP acerca de usted para una institución correccional que tenga la custodia legal de usted.

5. Usted puede oponerse a ciertos usos y revelaciones.

A menos que usted se oponga, podemos usar o revelar la ISP acerca de usted en las circunstancias siguientes:

- Podemos compartir con un miembro familiar, pariente, amigo u otra persona identificada por usted, la ISP directamente relacionada con el involucramiento de esa persona en su cuidado o pago para su cuidado. Podemos compartir con un miembro familiar, representante personal u otras personas responsables por su cuidado la ISP necesaria para notificar a tales individuos de su ubicación, condición general o muerte.
- Podemos compartir con una agencia pública o privada (por ejemplo, el Cruz Roja Americana) la ISP acerca de usted para los propósitos de alivio de desastre. Aún si usted se opone, la ISP acerca de usted se puede compartir, si es necesario para las circunstancias de emergencia.
- Podemos compartir con la Compensación de Trabajadores para cumplir con leyes de la compensación de trabajadores o con leyes relacionadas a otros programas similares que están establecidos por la ley y proporcionan beneficios para daños o enfermedades relacionadas con el trabajo sin considerar de quien es la falla.
- Podemos compartir con su patrón tales informes para ellos poder cumplir con sus obligaciones bajo el estatuto federal de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA), el estatuto federal de Seguridad y Salud de Minas, o una ley estatal similar, para documentar la enfermedad o herida, o para llevar a cabo responsabilidades para la vigilancia médica en el lugar de trabajo.

Si quiere objetar a nuestro uso o revelación de la ISP acerca de usted en las circunstancias anteriores, por favor llame a nuestra persona de contacto que está nombrada en la página de cubierta de este anuncio.

6. Podemos contactarlo para proporcionarle recordatorios de cita.

Podemos usar y/o revela la ISP para contactarlo para proveerle un recordatorio a usted acerca de una cita que tenga para tratamiento o cuidado médico.

7. Podemos contactarlo para darle información sobre tratamientos, servicios, productos, o proveedores de salud.

Podemos usar y/o revelar la ISP para manejar o coordinar su cuidado de salud. Esto puede incluir que le platiquen acerca de tratamientos, servicios, productos, y/o otros proveedores de salud. También podríamos usar y/o revelar la ISP para darle obsequios de poco valor.

EJEMPLO: Si se diagnostica con diabetes, nosotros podemos informarle acerca de servicios alimenticios y otros servicios de consejería que podrían ser de interés para usted.

**** CUALQUIER OTRO USO O REVELACIÓN DE LA ISP ACERCA DE USTED REQUERIRÁ SU AUTORIZACIÓN ESCRITA ****

Bajo cualquier circunstancia aparte de las mencionadas arriba, le pediremos su autorización escrita antes que usemos o revelemos la ISP acerca de usted. Si usted firma una autorización escrita permitiéndonos a revelar la ISP acerca de usted en una situación específica, puede más tarde cancelar su autorización por escrito. Si cancela su autorización por escrito, no revelaremos la ISP acerca de usted después que recibamos su cancelación, con excepción a las revelaciones que estábamos procesando antes de recibir su cancelación.

C. USTED TIENE VARIOS DERECHOS CON RESPECTO AL ISP ACERCA DE USTED.

1. Usted tiene el derecho para pedir restricciones en usos y revelaciones de la ISP acerca de usted.

Usted tiene el derecho de pedir que restrinjámos el uso y revelación de la ISP acerca de usted. No se nos es requerido a estar de acuerdo con las restricciones que usted pida. Sin embargo, aún si accedimos a sus peticiones, en ciertas situaciones sus restricciones no se podrán seguir. Estas situaciones incluyen tratamiento de emergencia, revelaciones a la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos y usos y revelaciones descritos en la sub sección 4 de la sección previa de este anuncio. Usted puede pedir una restricción poniéndose en contacto con el Director de Enfermeras.

2. Usted tiene el derecho de pedir maneras diferentes de comunicarnos con usted.

Usted tiene el derecho de pedir cómo y cuando lo contactamos acerca de su ISP. Por ejemplo, usted puede pedir que nos comuniquemos con usted por medio de la dirección de su trabajo o número telefónico. Su petición debe ser por escrito. Debemos complacer las peticiones razonables, pero, cuando sea apropiado, podríamos ponerle condiciones a la acomodación en que usted nos provea con información respecto a como el pago, si hay alguno, será manejado y su especificación de una dirección alternativa u otro método de comunicación. Puede pedir comunicaciones alternativas poniéndose en contacto con el Director de Enfermeras.

3. Usted tiene el derecho de ver y copiar la ISP acerca de usted.

Usted tiene el derecho de pedir ver y recibir una copia de la ISP contenida en el historial de clínico, facturación y otras constancias que se usan para hacer decisiones acerca de usted. Su petición debe ser por escrito. En lugar de proporcionarle con una copia completa de la ISP, podríamos darle un resumen o explicación de la ISP acerca de usted, si usted por adelantado está de acuerdo en la forma y costos del resumen o explicación. Existen ciertas situaciones en que no somos requeridos en cumplir con su solicitud. Bajo esas circunstancias, nosotros nos comunicaremos con usted por escrito, explicando porque no se le concedió su solicitud y describiremos los derechos que puede tener para pedir una revisión de nuestra negación. Puede pedir ver y recibir una copia de la ISP poniéndose en contacto con el Director de Enfermeras.

4. Usted tiene el derecho de pedir enmiendas de la ISP acerca de usted.

Usted tiene el derecho de pedir que nosotros hagamos enmiendas a los historiales clínicos, facturación y otras constancias que se usan para hacer decisiones acerca de usted. Su petición debe ser por escrito y debe explicar su razón para la enmienda. Podemos negar su solicitud si: 1) la información no fue creada por nosotros (a menos que pueda comprobar que el creador de la información ya no está disponible para enmendar el registro); 2) la información no es la parte de los registros usados para hacer decisiones acerca de usted; 3) creemos que la información es correcta y completa; o 4) no tendría el derecho para ver y copiar el registro como se describe en el párrafo 3 de arriba. Le diremos por escrito las razones de la negación y describiremos sus derechos para darnos una declaración escrita que demuestre su desacuerdo con la

negación. Si aceptamos su petición para enmendar la información, haremos los esfuerzos razonables para informarle a otros de la enmienda, incluyendo personas que usted nombre quienes hayan recibido la ISP acerca de usted y que necesiten la enmienda. Puede pedir una enmienda de su ISP poniéndose en contacto con el Director de Enfermeras.

5. Usted tiene el derecho a una lista de revelaciones que hayamos hecho.

Si usted le pide a nuestra persona de contacto por escrito, tiene el derecho de recibir una lista escrita de ciertas revelaciones de la ISP acerca de usted. Puede pedir revelaciones hechas hasta seis (6) años antes de su solicitud (no incluyendo las revelaciones hechas antes del 14 de Abril del 2003). No somos requeridos de incluir revelaciones:

- Para su tratamiento
- De facturación y colección de pago por su tratamiento
- Para nuestras operaciones de cuidado de salud
- Pedidas por usted, que autorizó, o que sean hechas a individuos envueltos en su cuidado
- Permitidas según la ley cuando el uso y/o revelación se relaciona a ciertas funciones especializadas del gobierno o se relaciona con instituciones correccionales y en otras situaciones pertenecientes a situaciones custodiales de ejecución de la ley (por favor vea la sub sección 4 en la sección arriba) y
- Como parte de un grupo limitado de información que no contiene cierta información que lo identifique.

La lista incluirá la fecha de la revelación, el nombre (y dirección, si es disponible) de la persona u organización recibiendo la información, una descripción breve de la información revelada y el propósito de la revelación. Puede pedir una lista de revelaciones poniéndose en contacto con el Director de Enfermeras.

6. Usted tiene el derecho a una copia de este anuncio.

Usted tiene el derecho de pedir una copia en papel de este anuncio a cualquier hora poniéndose en contacto con el Director de Enfermeras. Proporcionaremos una copia de este anuncio no más tardar de la fecha que usted primero recibió servicios de nosotros (con excepción a los servicios de emergencia y entonces proveeremos el anuncio lo más pronto posible).³

D. USTED PUEDE SOMETER UNA QUEJA ACERCA DE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.

Si usted piensa que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros, o quiere quejarse con nosotros acerca de nuestras prácticas de privacidad, puede ponerse en contacto con la persona anotada abajo:

Director de Enfermeras, P.O. BOX 130, Pittsboro, North Carolina, 919-742-5641

Puede enviar también una queja escrita a la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Si somete una queja, no tomaremos ninguna acción en su contra o cambiaremos nuestro trato hacia usted de ninguna manera.

E. FECHA EFECTIVA DE ESTE ANUNCIO

El Anuncio de Prácticas de Privacidad es efectivo el: 14 de Abril del 2003; Revisado 26 de Junio del 2009; Revisado 5 de Diciembre del 2011.