

CHOICE FAMILY HEALTH CARE

NOTICE OF INFORMATION PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU MAY ACCESS THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY. Effective 09/23/2013

The Nebraska Department of Health and Human Services "DHHS" and those Agencies inclusive of health care facilities and medical assistance programs that are affiliated under the common control of the Health and Human Services Act, are required by federal law to maintain the privacy of Protected Health Information and to provide notice of its legal duties and privacy practices with respect to Protected Health Information.

PRACTICES AND USES:

DHHS may access, use and share medical information without your consent for purposes of:

- **Treatment:** We may use your medical information to provide you with medical treatment or services. We may share your information with a nurse, medical professional or other personnel who are giving you treatment or services. For example, a doctor treating you for a broken leg may need to know if you have diabetes because diabetes may slow the healing process. Different agencies within DHHS may share your medical information in order to coordinate the different things you need, or to support and maintain your continuum of care.
- **Payment:** We may use and disclose your medical information so that the treatment and services you receive can be billed. For example, we may use your medical information from a surgery you received at the hospital so the hospital can be reimbursed.
- **Operations:** We may use and disclose medical information about you for health care operations. For example, we may use medical information to review your treatment and services and to evaluate the performance of the staff.

OTHER PERMITTED USES AND DISCLOSURES THAT MAY BE MADE WITHOUT CONSENT:

- **Required By Law:** We may use or disclose your Protected Health Information to the extent that the use or disclosure is required by law. You will be notified, if required by law, of any such uses or disclosures.
- **Public Health:** We may disclose your Protected Health Information for public health activities and purposes to a public health authority that is permitted by law to collect or receive the information.
- **Communicable Diseases:** We may disclose your Protected Health Information, if authorized by law, to a person who may have been exposed to a communicable disease or may otherwise be at risk of contracting or spreading the disease or condition.
- **Health Oversight:** We may disclose Protected Health Information to a health oversight agency for activities authorized by law, or other activities necessary for appropriate oversight of the health care system, government benefit programs, other government regulatory programs, and civil rights laws.
- **Abuse or Neglect:** We may disclose your Protected Health Information to a public health authority that is authorized by law to receive reports of abuse or neglect. The disclosure will be made consistent with the requirements of applicable federal and state laws.
- **Legal Proceedings:** We may disclose Protected Health Information in the course of any judicial or administrative proceeding in response to an order of a court or administrative tribunal (to the extent such disclosure is expressly authorized), and in certain conditions in response to a subpoena, discovery request, or other lawful process.

- **Law Enforcement:** We may also disclose Protected Health Information, so long as applicable legal requirements are met, for law enforcement purposes.
- **Food and Drug Administration:** We may disclose your Protected Health Information as required by the Food and Drug Administration.
- **Coroners, Funeral Directors, and Organ Donation:** We may disclose Protected Health Information to a coroner or medical examiner for identification purposes, cause of death determinations, or for the coroner or medical examiner to perform other duties authorized by law.
- **Research:** We may disclose your Protected Health Information to researchers when their research has been approved by an institutional review board to ensure the privacy of your Protected Health Information.
- **Criminal Activity:** We may disclose your Protected Health Information if we believe that the use or disclosure is necessary to prevent or lessen a serious and imminent threat to the health or safety of a person or the public.
- **Specialized Government Functions:** When the appropriate conditions apply, we may use or disclose Protected Health Information of individuals who are Armed Forces personnel for military, national security, and intelligence activities. Protected Health Information may be disclosed for the administration of public benefits purposes.
- **Workers' Compensation:** We may disclose your Protected Health Information as authorized to comply with workers' compensation laws and other similar legally established programs.
- **Inmates:** We may use or disclose your Protected Health Information if you are an inmate of a correctional facility in the course of providing care to you.
- **Required Uses and Disclosures:** We must make disclosures when required by the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services to investigate or determine our compliance with the requirements of 45 CFR, Title II, Section 164, et. seq.

OTHER USES AND DISCLOSURES REQUIRING AUTHORIZATION:

There are certain uses and disclosures of Protected Health Information that require your authorization. Among them are: most uses and disclosures of psychotherapy notes; uses and disclosures of protected health information for marketing purposes; and disclosure of protected health information that constitutes a sale. Other uses and disclosures not described in this notice will be made only WITH authorization from you. You may revoke this authorization at any time as provided by 45 CFR 164.508(b)(5).

CHOICE FAMILY HEALTH CARE

Choice Family Health Care (CFHC), HIPAA Privacy Officer, 217 E Stolley Park Rd Ste E, Grand Island, NE 68802

Phone: 308-384-7625

YOUR RIGHTS TO PRIVACY:

- **Right to Inspect and Copy.** You have the right to inspect and copy your medical information. Usually, this includes medical and billing records but does not include psychotherapy notes. To inspect and copy your medical information, you must submit a written request at the Site of Service or to the DHHS HIPAA Privacy & Security Office. If you request a copy, we may charge a fee for the cost of copying, mailing, and other supplies associated with your request. We may deny your request to inspect and copy in certain circumstances. If you are denied access to medical information, you may request the denial be reviewed.
- **Right to Amend.** If you feel that medical information about you is incorrect or incomplete, you may ask us to amend (correct) the information. You have the right to request an amendment as long as the information is kept by or for DHHS. To request an Amendment, your request must be made in writing and submitted at the Site of Service, or to the DHHS HIPAA Privacy & Security Office. In addition you must provide a reason which supports your request. We may deny your request for an amendment if it is not in writing or does not include a reason to support the request. In addition, we may deny your request if you ask us to amend information that:
 - Was not created by us, unless the person or entity that created the information is no longer available to make the amendment;
 - Is not part of the medical information kept by or for DHHS;
 - Is not part of the information which you would be permitted to inspect and copy; or,
 - Is accurate and complete.
- **Right to an Accounting of Disclosures.** You have the right to request a list of the disclosures we made of medical information about you. You must submit your request in writing at the Site of Service, or to the DHHS HIPAA Privacy & Security Office. Your request must state a time period for the disclosures, which may not be longer than six (6) years and may not include dates before April 14, 2003. Your request should indicate in what form you want the list to be provided to you.
- **Right to Request Restrictions.** You have the right to request a restriction or limitation on the medical information we use or disclose about you for treatment, payment, health care operations, and to someone who is involved in your care or the payment of your care, like a family member or friend.
- **We are not required to agree to your request for restrictions** unless it is for payment or health care operations and you use your own funds to pay, in full, for a health care item or service. If we do agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide you emergency treatment. To request restrictions, you must make your request in writing at the Site of Service, or to the DHHS HIPAA Privacy & Security Office. In your request you must tell us: (1) what information you want to limit, (2) whether you want to limit our use, disclosure, or both; and (3) to whom you want the limits to apply.

- **Right to Request Confidential Communications.** You have the right to request that we communicate with you about medical matters in a certain way or at a certain location. To request confidential communications, you must make your request in writing at the Site of Service, or to the DHHS HIPAA Privacy & Security Office. Your request must specify how or where you wish to be contacted.
- **Right to a Paper Copy of this Notice.** You have a right to a paper copy of this notice. You may ask us to give you a copy of this notice at any time. Even if you have agreed to receive this notice electronically, you are still entitled to a paper copy of this notice. You may obtain a copy of this notice at our website, http://dhhs.ne.gov/Pages/hipaa_hp-1-p-notice.aspx or by contacting us.
- **Opt out of fundraising communications.** If DHHS should conduct fundraising activities, you have a right to opt out of this communication.
- **Breach notification.** In the event DHHS breaches your unsecured protected health information as defined by HIPAA, you will receive notification of the breach.

COMPLAINTS

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with DHHS or with the **Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services**. To file a complaint with DHHS, you may contact the **DHHS HIPAA Privacy & Security Office**. To file a complaint with HHS, contact: **Secretary, Health and Human Services, Office of Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201, 1-866-OCR-PRIV (627-7748), 1-866-778-4989-TTY. You will not be penalized for filing a complaint.**

CHANGES TO THE NOTICE OF INFORMATION PRACTICES

Choice Family Health Care reserves the right to amend this Notice at any time in the future. Until such amendment is made, CFHC is required by law to abide by the terms of these policies CFHC will provide notice of any change in material of these policies either electronically or in paper format.

CONTACT INFORMATION

This notice fulfills the "Notice" requirements of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) Final Privacy Rule. If you have questions about any part of this Notice of Information Privacy practices or desire to have further information concerning information practices at Choice Family Health Care, please direct them to HIPAA Privacy Officer, 217 E Stolley Park Rd Ste E, Grand Island, NE 68801.

Effective: 9/23/2013

CHOICE FAMILY HEALTH CARE

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE INFORMACIÓN ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CON CUIDADO. Vigente 23/09/2013

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska "DHHS" y aquellas agencias que incluyen centros de atención médica y programas de asistencia médica afiliados bajo el control común de la Ley de Salud y Servicios Humanos, están obligados por ley federal a mantener la privacidad de la Salud Protegida Información y para proporcionar un aviso de sus deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida.

PRÁCTICAS Y USOS:

DHHS puede acceder, usar y compartir información médica sin su consentimiento a los efectos de:

- **Tratamiento:** podemos usar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podemos compartir su información con una enfermera, un profesional médico u otro personal que le brinde tratamiento o servicios. Por ejemplo, un médico que lo trata por una pierna fracturada puede necesitar saber si usted tiene diabetes porque la diabetes puede retrasar el proceso de curación. Las diferentes agencias dentro de DHHS pueden compartir su información médica para coordinar las diferentes cosas que necesita, o para apoyar y mantener su atención continua.
- **Pago:** podemos usar y divulgar su información médica para poder facturar el tratamiento y los servicios que recibe. Por ejemplo, podemos usar su información médica de una cirugía que recibió en el hospital para que se le pueda reembolsar al hospital.
- **Operaciones:** podemos usar y divulgar información médica sobre usted para operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos usar información médica para revisar su tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño del personal.

OTROS USOS PERMITIDOS Y DIVULGACIONES QUE PUEDEN REALIZARSE SIN CONSENTIMIENTO:

- **Requerido por ley:** podemos usar o divulgar su Información médica protegida en la medida en que la ley lo requiera o divulgue. Se le notificará, si así lo exige la ley, sobre dichos usos o divulgaciones.
- **Salud pública:** podemos divulgar su Información de salud protegida para actividades y propósitos de salud pública a una autoridad de salud pública que esté autorizada por ley a recopilar o recibir la información.
- **Enfermedades transmisibles:** podemos divulgar su Información de salud protegida, si lo autoriza la ley, a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que de otra manera esté en riesgo de contraer o propagar la enfermedad o afección.
- **Supervisión de salud:** podemos divulgar Información de salud protegida a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por ley u otras actividades necesarias para una supervisión adecuada del sistema de atención médica, programas de beneficios gubernamentales, otros programas reguladores del gobierno y leyes de derechos civiles.
- **Abuso o negligencia:** podemos divulgar su Información de salud protegida a una autoridad de salud pública autorizada por la ley para recibir informes de abuso o negligencia. La divulgación se hará de acuerdo con los requisitos de las leyes federales y estatales aplicables.
- **Procedimientos legales:** Podemos divulgar información de salud protegida en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo en respuesta a una orden de un tribunal o tribunal administrativo (en la medida en que dicha divulgación esté expresamente autorizada), y en ciertas condiciones en respuesta a una citación judicial, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal.

- **Aplicación de la ley:** también podemos divulgar información de salud protegida, siempre que se cumplan los requisitos legales aplicables, con fines policiales.
- **Administración de Alimentos y Medicamentos:** Podemos divulgar su Información de salud protegida según lo requiera la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- **Médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos:** podemos divulgar Información de salud protegida a un médico forense o forense para fines de identificación, determinación de causa de muerte o para que el médico forense o examinador médico realice otras tareas autorizadas por la ley.
- **Investigación:** podemos divulgar su Información de salud protegida a investigadores cuando su investigación ha sido aprobada por una junta de revisión institucional para garantizar la privacidad de su Información de salud protegida.
- **Actividad criminal:** podemos divulgar su Información de salud protegida si creemos que el uso o la divulgación son necesarios para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona o el público.
- **Funciones gubernamentales especializadas:** cuando se aplican las condiciones apropiadas, podemos usar o divulgar Información médica protegida de personas que son personal de las Fuerzas Armadas para actividades militares, de seguridad nacional y de inteligencia. La información de salud protegida puede divulgarse para la administración de los beneficios públicos.
- **Compensación para trabajadores:** podemos divulgar su Información de salud protegida según lo autorizado para cumplir con las leyes de compensación laboral y otros programas similares legalmente establecidos. Inmates: Podemos utilizar o divulgar su Información de salud protegida si usted es un recluso de una institución correccional en el curso de proporcionarle atención.
- **Usos y divulgaciones requeridos:** debemos hacer las divulgaciones cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Para investigar o determinar si cumplimos con los requisitos de 45 CFR, Título II, Sección 164, et. seq.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN:

Existen ciertos usos y divulgaciones de Información de salud protegida que requieren su autorización. Entre ellos se encuentran: la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; usos y divulgaciones de información de salud protegida para fines de comercialización; y la divulgación de información de salud protegida que constituye una venta.

Otros usos y divulgaciones no descritos en este aviso se realizarán SOLAMENTE CON su autorización. Puede revocar esta autorización en cualquier momento según lo dispuesto por 45 CFR 164.508 (b) (5).

CHOICE FAMILY HEALTH CARE

Choice Family Health Care (CFHC), HIPAA Privacy Officer, 217 E Stolley Park Rd Ste E, Grand Island, NE 68802

Phone: 308-384-7625

SUS DERECHOS A LA PRIVACIDAD::

- Derecho a inspeccionar y copiar. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica. Por lo general, esto incluye registros médicos y de facturación, pero no incluye notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar su información médica, debe presentar una solicitud por escrito en el Sitio de Servicio o en la Oficina de Privacidad y Seguridad HIPAA de DHHS. Si solicita una copia, podemos cobrarle una tarifa por el costo de copiar, enviar por correo y otros suministros asociados con su solicitud. Podemos negar su pedido de inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias. Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar que se revise la denegación.
- Derecho a enmendar. Si considera que su información médica es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que modifiquemos (corrijamos) la información. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda siempre que la información sea conservada por o para el DHHS. Para solicitar una Enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y presentarse en el Sitio de Servicio, o en la Oficina de Privacidad y Seguridad HIPAA de DHHS. Además, debe proporcionar una razón que respalde su solicitud. Podemos denegar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye un motivo para respaldar la solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos solicita modificar información que
 - No fue creado por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación;
 - No forma parte de la información médica guardada por o para el DHHS;
 - No forma parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o,
 - Es preciso y completo.
- Derecho a un informe de divulgaciones. Tiene derecho a solicitar una lista de las divulgaciones que hicimos de su información médica. Debe presentar su solicitud por escrito en el Sitio de Servicio o en la Oficina de Privacidad y Seguridad HIPAA de DHHS. Su solicitud debe indicar un período de tiempo para las divulgaciones, que pueden no tener más de seis (6) años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Su solicitud debe indicar en qué forma desea que se le proporcione la lista.
- Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información médica que utilizamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención, como un miembro de la familia o amigo.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud de restricciones a menos que sea para el pago u operaciones de atención médica y use sus propios fondos para pagar, en su totalidad, un artículo o servicio de atención médica. Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe hacer su solicitud por escrito en el Sitio de Servicio o en la Oficina de Privacidad y Seguridad HIPAA de DHHS. En su solicitud, debe informarnos: (1) qué información quiere limitar, (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación, o ambos; y (3) a quién quiere que se apliquen los límites.

- Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer su solicitud por escrito en el Sitio de Servicio o en la Oficina de Privacidad y Seguridad HIPAA de DHHS. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted.
- Derecho a una copia en papel de este aviso. Usted tiene derecho a una copia en papel de este aviso. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, aún tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso. Puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web, http://dhhs.ne.gov/Pages/hipaa_hp-1-p-notice.aspx o comunicándose con nosotros.
- Optar por las comunicaciones de recaudación de fondos. Si DHHS debe realizar actividades de recaudación de fondos, tiene derecho a optar por no participar en esta comunicación.
- Notificación de incumplimiento. En caso de que el DHHS incumpla su información de salud protegida no segura según lo define HIPAA, recibirá una notificación del incumplimiento.

QUEJAS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el DHHS o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Para presentar una queja ante el DHHS, puede comunicarse con la Oficina de Privacidad y Seguridad HIPAA de DHHS. Para presentar una queja ante el HHS, comuníquese con: Secretario, Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201, 1-866-OCR-PRIV (627-7748), 1-866-778-4989-TTY. Usted no será penalizado por presentar una queja.

CAMBIOS AL AVISO DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN

Choice Family Health Care se reserva el derecho de enmendar este Aviso en cualquier momento en el futuro. Hasta que se realice dicha modificación, la ley exige que CFHC cumpla con los términos de estas políticas. CFHC notificará cualquier cambio en el material de estas políticas ya sea en formato electrónico o en papel.

INFORMACIÓN DEL CONTACTO

Este aviso cumple con los requisitos de "Aviso" de la Ley de Privacidad Definitiva de la Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Si tiene preguntas sobre cualquier parte de este Aviso de prácticas de privacidad de la información o desea obtener más información sobre prácticas de información en Choice Family Health Care, envíelas al Oficial de privacidad de HIPAA, 217 E Stolley Park Rd Ste E, Grand Island, NE 68801 .

Efectivo: 23/09/2013