



Eastern Plumas Health Care

“People Helping People.”

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES: ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT

By signing this form, you acknowledge receipt of the “Notice of Privacy Practices” of Eastern Plumas Health Care. Our “Notice of Privacy Practices” tells you how we may use and disclose your protected health information. We encourage you to read it in full.

We may change our “Notice of Privacy Practices.” If we change our notice, you may obtain a copy of the revised notice by: accessing our website @ www.ephc.org or contacting our organization at 1-530-832-6500.

If you have any questions about our “Notice of Privacy Practices,” please contact: Health Information Management @ 1-530-832-6506.

I acknowledge receipt of the “Notice of Privacy Practices” of Eastern Plumas Health Care.

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(*patient/legal representative*)

If signed by someone other than patient, indicate relationship:

Print name: _____
(*legal representative*)

INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGMENT

Complete only if no signature is obtained. If it is not possible to obtain the individual's Acknowledgment, describe the good faith efforts made to obtain the individual's Acknowledgment, and the reasons why the Acknowledgment was not obtained.

Patient Name: _____

Reasons why the acknowledgment was not obtained:

D Patient refused to sign this Acknowledgment even though the patient was asked to do so and the patient was given the Notice of Privacy Practices.

D Other: _____

Date: _____ Time: _____ AM/ PM

Signature: _____
(provider representative)

Print name: _____
(provider representative)



Eastern Plumas Health Care
"People Helping People."

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

As of July 26, 2017

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.

If you have any questions about this notice, please contact Eastern Plumas Health Care Health Information Management @ 1-530-832-6506

WILL FOLLOW THIS NOTICE

This notice describes our hospital's practices and that of:

Any health care professional authorized to enter information into your hospital/clinic chart.

- All departments and units of the hospital/clinic.
- Any member of a volunteer group we allow to help you while you are in the hospital/clinic.
- All employees, staff and other hospital/clinic personnel.
- All EPHC Medical & Dental Clinics, Telemedicine, Behavioral Health Services and Skilled Nursing Facilities.
- All these entities, sites and locations follow the terms of this notice. In addition, these entities, sites and locations may share medical information with each other for treatment, payment or health care operations purposes described in this notice.

OUR PLEDGE REGARDING MEDICAL INFORMATION

We understand that medical information about you and your health is personal. We are committed to protecting medical information about you. We create a record of the care and services you receive at the hospital/clinic. We need this record to provide you with quality care and to comply with certain legal requirements. This notice applies to all of the records of your care generated by the hospital/clinic, whether made by hospital personnel or your personal doctor. Your personal doctor may have different policies or notices regarding the doctor's use and disclosure of your medical information created in the doctor's office or clinic.

This notice will tell you about the ways in which we may use and disclose medical information about you. We also describe your rights and certain obligations we have regarding the use and disclosure of medical information.

We are required by law to:

- Make sure that medical information that identifies you is kept private (with certain exceptions);
- Give you this notice of our legal duties and privacy practices with respect to medical information about you; and
- Follow the terms of the notice that is currently in effect.

HOW WE MAY USE AND DISCLOSE MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU

The following categories describe different ways that we use and disclose medical information. For each category of uses or disclosures we will explain what we mean and try to give some examples. Not every use or disclosure in a category will be listed. However, all of the ways we are permitted to use and disclose information will fall within one of the categories.

DISCLOSURE AT YOUR REQUEST

We may disclose information when requested by you. This disclosure at your request may require a written authorization by you.

FOR TREATMENT

We may use medical information about you to provide you with medical treatment or services. We may disclose medical information about you to doctors, nurses, technicians, health care students, or other hospital personnel who are involved in taking care of you at the hospital. 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. In addition, the doctor may need to tell the dietitian if you have diabetes so that we can arrange for appropriate meals. Different departments of the hospital/clinics also may share medical information about you in order to coordinate the different things you need, such as prescriptions, lab work and X-rays. We also may disclose medical information about you to people outside the hospital/clinic who may be involved in your medical care after you leave the hospital/clinic, such as skilled nursing facilities, home health agencies, and physicians or other practitioners. For example, we may give your physician access to your health information to assist your physician in treating you.

FOR PAYMENT

We may use and disclose medical information about you so that the treatment and services you receive at the hospital/clinic may be billed to and payment may be collected from you, an insurance company or a third-party. For example, we may need to give information about surgery you received at the hospital to your health plan so it will pay us or reimburse you for the surgery. We may also tell your health plan about a treatment you are going to receive to obtain prior approval or to determine whether your plan will cover the treatment. We may also provide basic information about you and your health plan, insurance company or other source of payment to practitioners outside the hospital who are involved in your care, to assist them in obtaining payment for services they provide to you. However, we cannot disclose

information to your health plan for payment purposes if you ask us not to, and you pay for the services yourself.

FOR HEALTH CARE OPERATIONS

We may use and disclose medical information about you for health care operations. These uses and disclosures are necessary to run the hospital/clinic and make sure that all of our patients receive quality care. For example, we may use medical information to review our treatment and services and to evaluate the performance of our staff in caring for you. We may also combine medical information about many hospital patients to decide what additional services the hospital should offer, what services are not needed, and whether certain new treatments are effective. We may also disclose information to doctors, nurses, technicians, medical students, and other hospital personnel for review and learning purposes. We may also combine the medical information we have with medical information from other hospitals/clinics to compare how we are doing and see where we can make improvements in the care and services we offer. We may remove information that identifies you from this set of medical information so others may use it to study health care and health care delivery without learning who the specific patients are.

PSYCHOTHERAPY NOTES

Psychotherapy notes means notes recorded (in any medium) by a health care provider who is a mental health professional documenting or analyzing the contents of conversation during a private counseling session or a group, joint, or family counseling session and that are separated from the rest of the individual's medical record. Psychotherapy notes excludes medication prescription and monitoring, counseling session start and stop times, the modalities and frequencies of treatment furnished, results of clinical tests, and any summary of the following items: diagnosis, functional status, the treatment plan, symptoms, prognosis, and progress to date.

We may use or disclose your psychotherapy notes, as required by law, or:

- For use by the originator of the notes
- In supervised mental health training programs for students, trainees, or practitioners
- By the covered entity to defend a legal action or other proceeding brought by the individual
- To prevent or lessen a serious and imminent threat to the health or safety of a person or the public
- For the health oversight of the originator of the psychotherapy notes
- For use or disclosure necessary to prevent or lessen a serious and imminent threat to the health or safety of a person or the public
- For use or disclosure to the Secretary of DHHS in the course of an investigation

FUNDRAISING ACTIVITIES

We may use information about you, or disclose such information to a foundation related to the hospital, to contact you in an effort to raise money for the hospital and its operations. You have the right to opt out of receiving fundraising communications.

If you receive a fundraising communication, it will tell you how to opt out.

HOSPITAL DIRECTORY

We may include certain limited information about you in the hospital directory while you are a patient at the hospital. This information may include your name, location in the hospital, your general condition (e.g., good, fair, etc.) and your religious affiliation. Unless there is a specific written request from you to the contrary, this directory information, except for your religious affiliation, may also be released to people who ask for you by name. Your religious affiliation may be given to a member of the clergy, such as a priest or rabbi, even if they don't ask for you by name. This information is released so your family, friends and clergy can visit you in the hospital and generally know how you are doing.

MARKETING AND SALE

Most uses and disclosures of medical information for marketing purposes, and disclosures that constitute a sale of medical information, require your authorization.

TO INDIVIDUALS INVOLVED IN YOUR CARE OR PAYMENT FOR YOUR CARE

We may release medical information about you to a friend or family member who is involved in your medical care. We may also give information to someone who helps pay for your care. Unless there is a specific written request from you to the contrary, we may also tell your family or friends your condition and that you are in the hospital.

In addition, we may disclose medical information about you to an organization assisting in a disaster relief effort so that your family can be notified about your condition, status and location. If you arrive at the emergency department either unconscious or otherwise unable to communicate, we are required to attempt to contact someone we believe can make health care decisions for you (e.g., a family member or agent under a health care power of attorney).

FOR RESEARCH

Under certain circumstances, we may use and disclose medical information about you for research purposes. For example, a research project may involve comparing the health and recovery of all patients who received one medication to those who received another, for the same condition. All research projects, however, are subject to a special approval process. This process evaluates a proposed research project and its use of medical information, trying to balance the research needs with patients' need for privacy of their medical information. Before we use or disclose medical information for research, the project will have been approved through this research approval process, but we may, however, disclose medical information about you to people preparing to conduct a research project, for example, to help them look for patients with specific medical needs, as long as the medical information they review does not leave the hospital.

AS REQUIRED BY LAW

We will disclose medical information about you when required to do so by federal, state or local law.

TO AVERT A SERIOUS THREAT TO HEALTH OR SAFETY

We may use and disclose medical information about you when necessary to prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of the public or another person. Any disclosure, however, would only be to someone able to help prevent the threat.

SPECIAL SITUATIONS

ORGAN AND TISSUE DONATION

We may release medical information to organizations that handle organ procurement or organ, eye or tissue transplantation or to an organ donation bank, as necessary to facilitate organ or tissue donation and transplantation.

MILITARY AND VETERANS

If you are a member of the armed forces, we may release medical information about you as required by military command authorities. We may also release medical information about foreign military personnel to the appropriate foreign military authority.

WORKERS' COMPENSATION

We may release medical information about you for workers' compensation or similar programs. These programs provide benefits for work-related injuries or illness.

PUBLIC HEALTH ACTIVITIES

We may disclose medical information about you for public health activities. These activities generally include the following:

- To prevent or control disease, injury or disability;
- To report births and deaths;
- To report regarding the abuse or neglect of children, elders and dependent adults;
- To report reactions to medications or problems with products;
- To notify people of recalls of products they may be using;
- To notify a person who may have been exposed to a disease or may be at risk for contracting or spreading a disease or condition;
- To notify the appropriate government authority if we believe a patient has been the victim of abuse, neglect or domestic violence. We will only make this disclosure if you agree or when required or authorized by law;
- To notify emergency response employees regarding possible exposure to HIV/AIDS, to the extent necessary to comply with state and federal laws.

HEALTH OVERSIGHT ACTIVITIES

We may disclose medical information to a health oversight agency for activities authorized by law. These oversight activities include, for example, audits, investigations, inspections, and licensure. These activities are necessary for the government to monitor the health care system, government programs and compliance with civil rights laws.

LAWSUITS AND DISPUTES

If you are involved in a lawsuit or a dispute, we may disclose medical information about you in response to a court or administrative order. We may also disclose medical information about you in response to a subpoena, discovery request, or other lawful process by someone else involved in the dispute, but only if efforts have been made to tell you about the request (which may include written notice to you) or to obtain an order protecting the information requested.

LAW ENFORCEMENT

We may release medical information if asked to do so by a law enforcement official:

- In response to a court order, subpoena, warrant, summons or similar process;
- To identify or locate a suspect, fugitive, material witness, or missing person;
- About the victim of a crime if, under certain limited circumstances, we are unable to obtain the person's agreement;
- About a death we believe may be the result of criminal conduct;
- About criminal conduct at the hospital/clinics; and
- In emergency circumstances to report a crime; the location of the crime or victims; or the identity, description or location of the person who committed the crime.

CORONERS, MEDICAL EXAMINERS AND FUNERAL DIRECTORS

We may release medical information to a coroner or medical examiner. This may be necessary, for example, to identify a deceased person or determine the cause of death. We may also release medical information about patients of the hospital to funeral directors as necessary to carry out their duties.

NATIONAL SECURITY AND INTELLIGENCE ACTIVITIES

We may release medical information about you to authorized federal officials for intelligence, counterintelligence, and other national security activities authorized by law.

PROTECTIVE SERVICES FOR THE PRESIDENT AND OTHERS

We may disclose medical information about you to authorized federal officials so they may provide protection to the President, other authorized persons or foreign heads of state or conduct special investigations.

INMATES

If you are an inmate of a correctional institution or under the custody of a law enforcement official, we may disclose medical information about you to the correctional institution or law enforcement official. This disclosure would be necessary 1) for the institution to provide you with health care; 2) to protect your health and safety or the health and safety of others; or 3) for the safety and security of the correctional institution.

MULTIDISCIPLINARY PERSONNEL TEAMS

We may disclose health information to a multidisciplinary personnel team relevant to

the prevention, identification, management or treatment of an abused child and the child's parents, or elder abuse and neglect.

SPECIAL CATEGORIES OF INFORMATION

In some circumstances, your health information may be subject to restrictions that may limit or preclude some uses or disclosures described in this notice. For example, there are special restrictions on the use or disclosure of certain categories of information — e.g., tests for HIV or treatment for mental health conditions or alcohol and drug abuse. Government health benefit programs, such as Medi-Cal, may also limit the disclosure of beneficiary information for purposes unrelated to the program.

YOUR RIGHTS REGARDING MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU

You have the following rights regarding medical information we maintain about you.

RIGHT TO INSPECT AND COPY

You have the right to inspect and obtain a copy of medical information that may be used to make decisions about your care. Usually, this includes medical and billing records, but may not include some mental health information.

To inspect and obtain a copy of medical information that may be used to make decisions about you, you must submit your request in writing to EPHC Health Information 500 First Ave Portola, CA 96122. If you request a copy of the information, we may charge a fee for the costs of copying, mailing or other supplies associated with your request.

We may deny your request to inspect and obtain a copy in certain very limited circumstances. If you are denied access to medical information, you may request that the denial be reviewed. Another licensed health care professional chosen by the hospital will review your request and the denial. The person conducting the review will not be the person who denied your request. We will comply with the outcome of the review.

RIGHT TO AMEND

If you feel that medical information we have about you is incorrect or incomplete, you may ask us to amend the information. You have the right to request an amendment for as long as the information is kept by or for the hospital.

To request an amendment, your request must be made in writing and submitted to EPHC HIM 500 First Ave Portola, CA 96122. In addition, you must provide a reason that 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 the hospital/clinic;

- Is not part of the information which you would be permitted to inspect and copy; or
- Is accurate and complete.

Even if we deny your request for amendment, you have the right to submit a written addendum, not to exceed 250 words, with respect to any item or statement in your record you believe is incomplete or incorrect. If you clearly indicate in writing that you want the addendum to be made part of your medical record we will attach it to your records and include it whenever we make a disclosure of the item or statement you believe to be incomplete or incorrect.

RIGHT TO AN ACCOUNTING OF DISCLOSURES

You have the right to request an "accounting of disclosures." This is a list of the disclosures we made of medical information about you other than our own uses for treatment, payment and health care operations (as those functions are described above), and with other exceptions pursuant to the law.

To request this list or accounting of disclosures, you must submit your request in writing to EPHC Health Information Management department 500 First Ave. Portola, CA 96122. Your request must state a time period which may not be longer than six years and may not include dates before April 14, 2003. Your request should indicate in what form you want the list (for example, on paper or electronically). The first list you request within a 12- month period will be free. For additional lists, we may charge you for the costs of providing the list. We will notify you of the cost involved and you may choose to withdraw or modify your request at that time before any costs are incurred.

In addition, we will notify you as required by law following a breach of your unsecured protected health information.

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 or health care operations. You also have the right to request a limit on the medical information we disclose about you to someone who is involved in your care or the payment for your care, like a family member or friend. For example, you could ask that we not use or disclose information about a surgery you had.

We are not required to agree to your request, except to the extent that you request us to restrict disclosure to a health plan or insurer for payment or health care operations purposes if you, or someone else on your behalf (other than the health plan or insurer), has paid for the item or service out of pocket in full. Even if you request this special restriction, we can disclose the information to a health plan or insurer for purposes of treating you.

If we agree to another special restriction, 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 to EPHC Health Information Management 500 First Ave. Portola, Ca 96122. 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, for example, disclosures to your spouse.

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. For example, you can ask that we only contact you at work or by mail.

To request confidential communications, you must make your request in writing to EPHC HIM 500 First Ave Portola, CA 96122. We will not ask you the reason for your request. We will accommodate all reasonable requests. Your request must specify how or where you wish to be contacted.

RIGHT TO A PAPER COPY OF THIS NOTICE

You have the 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: **WWW.EPHC.ORG**

To obtain a paper copy of this notice contact **EPHC @ 530-832-6500**

CHANGES TO THIS NOTICE

We reserve the right to change this notice. We reserve the right to make the revised or changed notice effective for medical information we already have about you as well as any information we receive in the future. We will post a copy of the current notice in the hospital and clinics. The notice will contain the effective date on the first page, in the top right-hand corner. In addition, each time you register at or are admitted to the hospital for treatment or health care services as an inpatient or outpatient, we will offer you a copy of the current notice in effect.

COMPLAINTS

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with the hospital or with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services. To file a complaint with the hospital, contact Cathy Tehee HIM Supervisor 1-530-832-6506 or HIM Department @ 530-832-6540. All complaints must be submitted in writing.

You will not be penalized for filing a complaint.

OTHER USES OF MEDICAL INFORMATION

Other uses and disclosures of medical information not covered by this notice or the laws that apply to us will be made only with your written permission. If you provide us permission to use or disclose medical information about you, you may revoke that permission, in writing, at any time. If you revoke your permission, this will stop any further use or disclosure of your medical information for the purposes covered by your written authorization, except if we have already acted in reliance on your permission. You understand that we are unable to take back any disclosures we have already made with your permission, and that we are required to retain our records of the care that we provided to you.



Eastern Plumas Health Care
“People Helping People.”

NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD: ACUSO DE RECIBO

ACUSO DE RECIBO

Al firmar este formulario, usted acusa el recibo del “Informe de Normas de Confidencialidad” de Eastern Plumas Healthcare. Nuestro “Aviso de prácticas de privacidad” le informa cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida. Le recomendamos que lo lea por completo.

Podemos cambiar nuestro “Aviso de prácticas de privacidad.” Si hacemos modificaciones en el informe, usted puede obtener una copia del informe enmendado de este modo: visite nuestra sede en la red

@ www.ephc.org or comuníquese con nuestra organización llamando al número 1-530-832-6500.¹

Si tiene alguna pregunta acerca de nuestro “Informe de Normas de Confidencialidad,” puede comunicarse con Health Information Management 1-530-832-6506.

Acuso el recibo del “Informe de Normas de Confidencialidad” de Eastern Plumas Health Care.

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(*paciente o representante legal*)

Si no lo firma el paciente, indique la relación con éste: _____

Nombre en letra de imprenta: _____
(*representante legal*)

IMPOSIBILIDAD DE OBTENER EL ACUSO DE RECIBO

Complete sólo si no obtiene la firma. Si no es posible obtener el acuso de recibo de la persona, describa las gestiones de buena fe que ha realizado con el fin de obtener dicho acuso, y los motivos por el cual no fue obtenido.

Nombre del paciente: _____

Motivos por el cual no se obtuvo el acuso de recibo:

- El paciente se negó a firmar este acuso de recibo a pesar de que se le solicitó hacerlo y recibió el Informe de Normas de Confidencialidad.
- Otro motivo: _____

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(representante del proveedor)

Nombre en letra de imprenta: _____
(representante del proveedor)



Eastern Plumas Health Care
“People Helping People.”

DE INFORME DENORMAS DE CONFIDENCIALIDAD

ESTE INFORME DESCRIBE EL MODO EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y EL MODO EN QUE USTED PUEDE OBTENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. FAVOR DE LEERLO EN DETALLE.

Si tiene alguna pregunta acerca de este informe, puede comunicarse con
EPHC HIM Dept. 530-832-6506

QUIÉN DEBE CUMPLIR CON ESTE INFORME

Este informe describe las normas de nuestro hospital y de:

- Todo profesional médico que tenga autorización para ingresar su información médica en su expediente del hospital.
- Todos los departamentos y unidades del hospital.
- Todos los miembros de grupos voluntarios a quienes permitimos que le ayuden mientras se encuentre en el hospital.
- Todos los empleados y miembros del personal del hospital.
- EPHC clínicas médicas y dentales, telemedicina, servicios de salud conductual y servicios de enfermería especializada.

Todas estas entidades, sitios y lugares cumplen con los términos del informe. Asimismo, estas entidades, sitios y lugares pueden compartir información médica entre sí para fines de tratamiento, pagos o gestiones administrativas de atención médica que se describen en este informe.

NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA

Entendemos que su información médica y su salud son personales. Estamos comprometidos a proteger la información médica acerca de usted. Creamos un registro de la atención y los servicios que usted recibe en el hospital. Necesitamos este registro con el fin de brindarle una excelente atención y para cumplir con ciertos requisitos legales. Este informe se aplica a todos los registros de su atención que hayan sido originados en el hospital, ya sean creados por el personal del hospital o por su médico personal. Su médico personal puede tener otras normas o

informes con respecto al uso y divulgación que los médicos efectúen de su información médica que haya sido creada en el consultorio del médico o en la clínica. Este informe explica las maneras en las que podemos usar y divulgar la información médica acerca de usted. También describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de su información médica.

La ley requiere que nosotros:

- Aseguremos que la información médica que lo identifique se mantenga en forma confidencial (con ciertas excepciones);
- Le entreguemos este informe con nuestras obligaciones legales y normas de confidencialidad con respecto a la información médica acerca de usted; y
- Cumplamos con los términos del informe vigente.

SITUACIONES EN LAS QUE PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Las siguientes categorías describen diversos modos en los que utilizamos y divulgamos información médica. En cada categoría de usos o divulgaciones explicaremos lo que significa e intentaremos darle algunos ejemplos. No se incluyen todos los usos o divulgaciones de las categorías. Sin embargo, todas las maneras en las que tenemos autorización de utilizar y divulgar información pertenecen a una de las categorías.

DIVULGACIÓN A PETICIÓN SUYA

Podemos divulgar información cuando usted así lo solicite, para lo cual podría ser necesario que nos otorgara su autorización por escrito.

PARA FINES DE TRATAMIENTO

Podemos utilizar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Es posible que divulguemos información médica acerca de usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de atención de la salud, estudiantes de medicina u otro personal del hospital que participe en su atención en el hospital. Por ejemplo, es posible que un médico que le está dando tratamiento por una fractura en la pierna necesite saber si usted padece de diabetes debido a que esta afección puede retardar el proceso de cicatrización. Asimismo, es posible que el médico necesite decirle al dietista si usted tiene diabetes para que pueda disponer comidas adecuadas. Es posible que diversos departamentos del hospital también necesiten compartir información médica acerca de usted con el fin de coordinar los diferentes servicios que usted necesita, como por ejemplo recetas médicas, análisis y radiografías. También podemos divulgar información médica acerca de usted a personas ajenas al hospital que puedan participar en su atención médica después de que usted deje el hospital, como por ejemplo centros especializados de enfermería u organizaciones de atención médica residencial, y médicos u otros profesionales médicos. Por ejemplo, a su médico podríamos otorgarle acceso a su información médica para ayudarle a brindarle tratamiento.

PARA EFECTUAR COBROS

Podemos utilizar y divulgar información médica acerca de usted con el fin de facturar el tratamiento y los servicios que usted recibe en el hospital y poder cobrarle a usted, a una compañía de seguros o a un tercero. Por ejemplo, es posible que necesitemos compartir con su

plan de salud información sobre una cirugía que le realizaron en el hospital, para que nos pague o le reembolse a usted el costo de la cirugía. También podemos informarle a su plan de salud acerca de un tratamiento que usted recibirá en el futuro a fin de obtener autorización previa o determinar si su plan cubre o no cubre el tratamiento. También podemos suministrar información básica acerca de usted y su plan de salud, compañía de seguros u otra fuente de pago a los médicos ajenos al hospital que participen en su atención a fin de asistirles a obtener el pago por servicios que le brinden. Sin embargo, no podemos divulgar información a su plan de salud por motivos de pago si nos pide que no lo hagamos y paga por los servicios de salud usted mismo.

NOTAS DE PSICOTERAPIA

Las notas de psicoterapia son los apuntes realizados (en cualquier medio) por un proveedor de atención de la salud, que es un profesional de salud mental, mientras documenta o analiza el contenido de la conversación durante una sesión de asesoramiento privada o una sesión colectiva, conjunta o familiar y que son independientes del resto del expediente clínico de la persona. Las notas de psicoterapia excluyen las recetas de medicamentos y su vigilancia, las horas de inicio y conclusión de las sesiones de asesoramiento, las modalidades y la frecuencia del tratamiento brindado, los resultados de análisis clínicos y cualquier resumen de lo siguiente: diagnóstico, estado funcional, plan de tratamiento, síntomas, pronóstico y progreso hasta la fecha.

- Podemos usar o divulgar las notas de su psicoterapia según lo exija la ley o:
- Para que el autor de las notas las utilice
- Para que los utilicen estudiantes, personal realizando prácticas o médicos en programas de capacitación en salud mental supervisados
- Para que los utilice la entidad cubierta para defenderse contra una acción jurídica u otros procesos interpuestos por una persona
- Para prevenir o aminorar una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona o del público
- Para la supervisión de la salud del autor de las notas de psicoterapia
- Para que se use o divulgue si es necesario para prevenir o aminorar una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona o del público
- Para su uso o divulgación al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, durante el transcurso de una investigación

PARA EFECTUAR GESTIONES ADMINISTRATIVAS DE ATENCIÓN MÉDICA

Podemos utilizar y divulgar información médica acerca de usted con el fin de desempeñar gestiones administrativas de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para administrar el hospital y asegurar que todos nuestros pacientes reciban una excelente atención. Por ejemplo, podemos utilizar información médica con el fin de evaluar nuestro tratamiento y servicios y el desempeño del personal que le brinda atención a usted. También podemos combinar información médica acerca de muchos pacientes del hospital con el fin de decidir qué otros servicios debería ofrecer el hospital, qué servicios no son necesarios y para evaluar

la eficacia de ciertos tratamientos nuevos. También podemos divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otros miembros del personal del hospital para fines de evaluación y aprendizaje. Asimismo, podemos combinar la información médica que tenemos con información médica de otros hospitales con el fin de comparar nuestro desempeño y determinar qué aspectos de la atención y servicios que ofrecemos podemos mejorar. Podemos eliminar información que lo identifique de esta combinación de informaciones médicas de modo que otras personas puedan utilizarla con el fin de estudiar la atención médica y la prestación de atención médica sin saber quiénes son los pacientes en particular.

ACTIVIDADES DE RECAUDACIÓN DE FONDOS

Podemos utilizar la información acerca de usted, o compartir dicha información, con una fundación asociada al hospital, para que ellos lo contacten a usted en un intento de recaudar dinero para el hospital y las operaciones del mismo. Usted tiene el derecho a elegir no recibir comunicaciones sobre la recaudación de fondos. Si recibe una comunicación sobre la recaudación de fondos, en ella encontrará información para elegir no recibir más comunicaciones.

DIRECTORIO TELEFÓNICO DEL HOSPITAL

Podemos incluir cierta información limitada acerca de usted en el directorio telefónico del hospital mientras usted sea paciente del mismo. Esta información puede incluir su nombre, su ubicación en el hospital, su estado general (por ejemplo bueno, satisfactorio, etc.) y su religión. A menos que usted solicite lo contrario por escrito, la información del directorio telefónico también puede proporcionarse a las personas que pregunten por usted con su nombre, excepto su religión. La información referente a su religión se puede proporcionar a un miembro del clero, por ejemplo un sacerdote o un rabino, aun si no preguntan por usted con su nombre. Esta información se proporciona de modo que su familia, sus amigos y el clero puedan visitarlo en el hospital y tengan una idea general acerca de su estado.

MERCADOTECNIA Y VENTA

En la mayoría de los casos, la divulgación de información médica para fines de mercadotecnia o para la venta de dicha información médica, requiere su autorización.

PERSONAS QUE PARTICIPAN EN SU ATENCIÓN MÉDICA Y PAGO POR LA MISMA

Podemos divulgar información médica acerca de usted a un amigo o familiar que participe en su atención médica. También podemos dar información a alguien que ayude a pagar su atención médica. A menos que usted indique lo contrario por escrito, también podemos informar a sus familiares y amigos acerca de su estado y del hecho que usted está en el hospital.

Asimismo, podemos divulgar información médica acerca de usted a una organización que colabore en las labores de asistencia social en caso de ocurrir una catástrofe de modo de poder informar a su familia acerca de su estado y ubicación. Si al llegar al departamento de emergencia usted está inconsciente o por cualquier otra razón no puede comunicarse, se nos exige que intentemos comunicarnos con alguna persona que consideremos puede tomar decisiones de atención de la salud en representación suya (por ejemplo, un familiar o

representante designado mediante un poder de atención de la salud).

INVESTIGACIÓN

En ciertas circunstancias, podemos utilizar y divulgar información médica acerca de usted para fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede comprender la comparación de la salud y recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento con otros que recibieron otro medicamento para el mismo cuadro clínico. Sin embargo, todos los proyectos de investigación están supeditados a un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y su uso de la información médica, tratando de equilibrar las necesidades de la investigación con las necesidades de los pacientes en cuanto a la confidencialidad de su información médica. Antes de utilizar o divulgar información médica con fines de investigación, el proyecto habrá sido aprobado mediante este proceso de aprobación de investigaciones. Sin embargo, podemos divulgar información médica acerca de usted a las personas que están preparando la conducción de un proyecto de investigación, por ejemplo, para ayudarles a encontrar pacientes que tengan necesidades médicas específicas, siempre que la información médica que consulten no salga del hospital. Casi siempre pediremos su autorización específicamente si el investigador tendrá acceso a su nombre, domicilio o a otra información que revele su identidad, o si participará en su atención en el hospital.

SEGÚN LO REQUIERA LA LEY

Divulgaremos información médica acerca de usted cuando lo requieran las leyes federales, estatales o locales.

CON EL FIN DE PREVENIR UNA AMENAZA GRAVE A LA SALUD O SEGURIDAD

Podemos utilizar y divulgar información médica acerca de usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, toda divulgación se efectuará únicamente a la persona que pueda ayudar a prevenir la amenaza.

SITUACIONES ESPECIALES

DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Podemos divulgar información médica a organizaciones que se ocupan de la obtención de órganos o trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos según sea necesario con el fin de posibilitar la donación y el trasplante de órganos y tejidos.

MILITARES Y EX COMBATIENTES

Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información médica acerca de usted según lo requieran las autoridades militares de comando. También podemos divulgar información médica acerca de personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras correspondientes.

COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR

Podemos divulgar información médica acerca de usted a programas de compensación al trabajador o programas similares. Estos programas ofrecen beneficios en casos de lesiones o

enfermedades laborales.

ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA

Podemos divulgar información médica acerca de usted para realizar actividades de salud pública. En general estas actividades incluyen lo siguiente:

- Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- Dar parte de nacimientos y fallecimientos;
- Denunciar el abuso o la negligencia de menores, personas de edad avanzada y adultos a cargo;
- Dar parte de reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- Informar a las personas si se retiran del mercado ciertos productos que puedan estar usando;
- Informar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda correr el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección;
- Informar a las autoridades gubernamentales correspondientes si consideramos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Sólo efectuaremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando lo requiera o autorice la ley.
- Informar a los empleados de reacción ante emergencias acerca de la posible exposición al VIH/ SIDA hasta donde sea necesario para cumplir con las leyes estatales y federales.

ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

Podemos divulgar información médica a una organización de supervisión de servicios médicos para realizar actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamiento de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

DEMANDAS Y DISPUTAS

Si usted es parte de una demanda o una disputa, podemos divulgar información médica acerca de usted en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información médica acerca de usted en respuesta a un citatorio, pedido de revelación o a otro acto procesal legítimo de otra de las partes de la disputa, pero únicamente si se ha intentado informarle acerca del pedido (lo cual puede incluir una notificación por escrito para usted) o de obtener una orden que proteja la información solicitada.

CUMPLIMIENTO DE LA LEY

Podemos divulgar información médica si lo solicita un funcionario del cumplimiento de la ley:

- En respuesta a una orden judicial, citatorio, mandato judicial, autodecomparencia o procedimiento similar;

- Con el fin de identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial o persona desaparecida;
- Acerca de la víctima de un delito si en determinadas circunstancias limitadas no podemos obtener el acuerdo de la persona;
- Acerca de un fallecimiento que consideramos que puede ser consecuencia de un delito;
- Acerca de conductas delictivas en el hospital; y
- En circunstancias de emergencia para denunciar un delito, la ubicación del delito o de las víctimas, la descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

MÉDICOS FORENSES Y DIRECTORES DE FUNERALES

Podemos divulgar información médica a un médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar información médica acerca de pacientes del hospital a directores de funerales según sea necesario para desempeñar sus tareas.

ACTIVIDADES DE SEGURIDAD NACIONAL E INTELIGENCIA

Podemos divulgar información médica acerca de usted a funcionarios federales autorizados para desempeñar actividades de inteligencia, contraespionaje y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

SERVICIOS DE PROTECCIÓN DEL PRESIDENTE Y OTRAS PERSONAS

Podemos divulgar información médica acerca de usted a funcionarios federales autorizados de modo que puedan brindar protección al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de estados extranjeros o llevar a cabo investigaciones especiales.

ACREDITACIÓN

“Podemos utilizar información médica acerca de usted con el fin de tomar decisiones referentes a su aptitud médica para una acreditación o servicio en el extranjero. También podemos divulgar su determinación de aptitud médica a los funcionarios del Ministerio de Relaciones Exteriores que necesiten tener acceso a esa información para dichos fines.”)

RECLUSOS

Si usted está recluso en una institución correccional o en la custodia de un funcionario del cumplimiento de la ley, podemos divulgar información médica acerca de usted a la institución correccional o al funcionario del cumplimiento de la ley. Esta divulgación sería necesaria 1) para que la institución le brinde atención médica, 2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de los demás, o 3) para la seguridad y protección de la institución correccional.

EQUIPOS DE PERSONAL MULTIDISCIPLINARIO

Podemos divulgar información de la salud a un equipo de personal multidisciplinario que sea pertinente para la prevención, identificación, control o tratamiento de un menor maltratado y sus padres o el abuso o la negligencia de personas de edad avanzada.

CATEGORÍAS ESPECIALES DE INFORMACIÓN

Bajo algunas circunstancias su información médica puede quedar sujeta a limitaciones que pueden restringir o impedir algunos usos o divulgaciones descritas en este informe. Por ejemplo, hay limitaciones especiales sobre el uso y la divulgación de ciertas categorías de información, como por ejemplo los resultados de los análisis de detección del VIH o el tratamiento para padecimientos de salud mental o alcoholismo y drogadicción. Los programas gubernamentales de beneficios médicos, como Medi-Cal, también pueden restringir la divulgación de la información de los beneficiarios para propósitos que no se relacionen con el programa.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos acerca de usted:

DERECHO A INSPECCIONAR Y COPIAR

Usted tiene derecho a inspeccionar y a obtener una copia de la información médica que puede utilizarse para tomar decisiones sobre su cuidado. En general, esto incluye expedientes médicos y de facturación, pero puede no incluir cierta información de salud mental.

Para inspeccionar y obtener una copia de la información médica que puede utilizarse para tomar decisiones sobre usted, tiene que enviar una solicitud por escrito a EPHC HIM Dept. 500 First Ave Portola, CA 96122. Si solicita una copia de la información, podremos cobrar una cuota por el costo de las copias, envío u otros artículos relacionados con su solicitud.

Podemos rechazar su solicitud para inspeccionar y obtener una copia en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar la revisión de la negativa. Otro profesional médico licenciado que sea seleccionado por el hospital examinará su solicitud y la negativa. La persona que lleve a cabo la revisión no será la persona que negó su solicitud. Nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.

DERECHO DE ENMIENDAS

Si usted considera que la información médica que tenemos en nuestro poder acerca de usted es incorrecta o incompleta, usted puede solicitarnos que enmendemos la información. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda mientras la información sea conservada por o para el hospital.

Para solicitar una enmienda, su solicitud debe presentarse por escrito a EPHC HIM Dept. 500 First Ave Portola, CA 96122. Asimismo, debe proporcionar un motivo que respalde su solicitud.

Podemos negar su solicitud de enmienda si no se presenta por escrito o si no incluye un motivo que respalde la solicitud. Asimismo, podemos negar su solicitud si usted nos pide enmendar información que:

- No haya sido creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que haya creado la información ya no esté disponible para efectuar la enmienda;
- No sea parte de la información médica conservada por o para el hospital;
- No sea parte de la información que usted tendría derecho de inspeccionar y copiar; o
- Sea correcta y esté completa.

Aun si negamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar un anexo por escrito de menos de 250 palabras con respecto a cualquier punto o declaración de su expediente que usted considere incompleta o incorrecta. Si usted indica claramente por escrito que desea que el anexo se incorpore a su expediente médico, lo adjuntaremos al mismo y lo incluiremos siempre que efectuemos una divulgación del punto o declaración que usted considera incompleta o incorrecta.

DERECHO A RECIBIR UN INFORME DE LAS DIVULGACIONES²

Usted tiene el derecho de solicitar un “informe de las divulgaciones”. Este informe es una lista de las divulgaciones que efectuamos de su información médica aparte del uso que le demos para fines de tratamiento, pagos y gestiones administrativas de atención médica (según dichas funciones se describen anteriormente), y con otras excepciones conforme a la ley.

Para solicitar una lista o informe de las divulgaciones, debe presentar su solicitud por escrito a: EPHC HIM Dept. 500 First Ave Portola, CA 96122. Su solicitud debe indicar un plazo que debe ser menor a seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril del 2003. Su solicitud debe indicar de qué forma desea recibir la lista (por ejemplo, impresa, electrónica). La primera lista que solicite en un período de 12 meses es gratuita. Podremos cobrarle el costo de otras listas que solicite. Le informaremos el monto y usted podrá optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en costos.

Adicionalmente, le notificaremos según lo exige la ley si se produce una violación de su información médica confidencial desprotegida.

DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica que utilizamos o divulgamos acerca de usted para fines de tratamiento, pagos o gestiones administrativas de atención médica. Usted también tiene el derecho de solicitar un límite en la información médica que divulgamos acerca de usted a una persona que participe en su atención o para el cobro de la misma, como por ejemplo un familiar o amigo. Por ejemplo, usted puede solicitar que no utilicemos o divulguemos información acerca de una operación a la que se haya sometido.

No estamos obligados a acceder a su solicitud, salvo en el caso de que usted nos pida que restrinjamos la divulgación de información a un plan o asegurador médico en lo que concierne al pago o a las operaciones relacionadas con el cuidado de la salud, si usted, u otra persona que actúe en su nombre (que no sea el plan o asegurador médico), ha pagado por ese artículo o servicio en efectivo y en su totalidad. Incluso si usted solicita esta restricción especial, tenemos el derecho a divulgar información a un plan o asegurador de salud si es en relación con su tratamiento.

Si aprobamos otra restricción especial, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para su tratamiento en caso de emergencia.

Para solicitar limitaciones, debe presentar su pedido por escrito a EPHC HIM Dept. 500 First

Ave Portola, CA 96122. En su solicitud debe indicar 1) la información que desea limitar, 2) si desea limitar el uso, la divulgación o ambos, y 3) las personas a quienes debe aplicarse dicha limitación, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

DERECHO A SOLICITAR COMUNICADOS CONFIDENCIALES

Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de asuntos médicos de una manera particular o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que sólo lo llamemos al trabajo o que le escribamos por correo electrónico.

Para solicitar comunicados confidenciales, debe presentar su pedido por escrito a EPHC 500 First Ave Potola, CA 96122. No le pediremos el motivo de su solicitud. Concederemos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe indicar el modo o el lugar donde desea que nos comuniquemos con usted.

DERECHO A RECIBIR UNA COPIA IMPRESA DE ESTE INFORME

Usted tiene el derecho de recibir una copia impresa de este informe. Puede pedirnos que le demos una copia de este informe en cualquier momento. Aun si ha estado de acuerdo en recibir este informe por correo electrónico, tiene derecho a solicitar una copia impresa del mismo.

Puede obtener una copia de este informe en nuestra sede en la red: www.ephc.org

Para recibir una copia impresa de este informe: EPHC HIM Dept. 500 First Ave Portola, CA 96122.

CAMBIOS DEL INFORME

Nos reservamos el derecho de modificar este informe. Nos reservamos el derecho de poner en vigencia el informe enmendado o modificado para información médica que ya tengamos acerca de usted y para toda la información que recibamos en el futuro. Colocaremos una copia del informe vigente en el hospital. Este informe incluirá la fecha de vigencia en la esquina superior derecha de la primera página. Asimismo, cada vez que se registre o sea internado en el hospital para recibir tratamiento o servicios de atención médica como paciente ambulatorio o internado, le ofreceremos una copia del informe vigente en ese momento.

QUEJAS

Si usted considera que se han transgredido sus derechos de confidencialidad, puede presentar una queja en el hospital o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para presentar una queja en el hospital, debe comunicarse con Cathy Tehee HIM Supervisor 530-832-6506 or HIM Department 530-832-6540. Todas las quejas deben presentarse por escrito.

No se le aplicarán sanciones por presentar una queja.

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Se efectuarán otros usos y divulgaciones de la información médica que no esté cubierta por este informe

o por las leyes que nos corresponden únicamente con su autorización por escrito. Si usted nos autoriza a utilizar o divulgar información médica acerca de usted, puede revocar dicha

autorización por escrito en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, esta revocación interrumpirá todo uso o divulgación ulterior de su información médica para los fines cubiertos por su autorización escrita, excepto si ya actuamos basados en su autorización. Usted entiende que no podemos desdecirnos de ninguna divulgación que ya hayamos efectuado con su autorización, y que estamos obligados a mantener nuestros expedientes de la atención que le brindamos.