



**SUN LIFE FAMILY HEALTH CENTER**

Excellence in Health, Wellness & Education

## **Your Information – Your Rights – Our Responsibilities**

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.**

### **YOUR RIGHTS**

**You have the right to:**

- Get a copy of your paper or electronic medical record
- Correct your paper or electronic medical record
- Request confidential communication
- Ask us to limit the information we share
- Get a list of those with whom we've shared your information
- Get a copy of this privacy notice
- Choose someone to act for you
- File a complaint if you believe your privacy rights have been violated
- Identify your self-management goals
- Choose a provider of your choice

### **YOUR CHOICES**

**You have some choices in the way that we use and share information as we:**

- Tell family and friends about your condition
- Provide disaster relief
- Include you in a hospital directory
- Provide mental health care
- Market our services and sell your information
- Raise funds

### **OUR USES AND DISCLOSURES**

We may use and share your information as we:

- Treat you
- Run our organization
- Bill for your services
- Help with public health and safety issues
- Do research
- Comply with the law
- Respond to organ and tissue donation requests
- Work with a medical examiner or funeral director
- Address workers' compensation, law enforcement, and other government requests
- Respond to lawsuits and legal actions

## **YOUR RIGHTS**

**When it comes to your health information, you have certain rights.** This section explains your rights and some of our responsibilities to help you.

### **Get an electronic or paper copy of your medical record**

- You can ask to see or get an electronic or paper copy of your medical record and other health information we have about you. Ask us how to do this.
- We will provide a copy or a summary of your health information, usually within 30 days of your request. We may charge a reasonable, cost-based fee.

### **Ask us to correct your medical record**

- You can ask us to correct health information about you that you think is incorrect or incomplete. Ask us how to do this.
- We may say “no” to your request, but we’ll tell you why in writing within 60 days.

### **Request confidential communications**

- You can ask us to contact you in a specific way (for example, home or office phone) or to send mail to a different address.
- We will say “yes” to all reasonable requests.

### **Ask us to limit what we use or share**

- You can ask us not to use or share certain health information for treatment, payment, or our operations. We are not required to agree to your request, and we may say “no” if it would affect your care.
- If you pay for a service or health care item out-of-pocket in full, you can ask us not to share that information for the purpose of payment or our operations with your health insurer. We will say “yes” unless a law requires us to share that information.

### **Get a list of those with whom we’ve shared information**

- You can ask for a list (accounting) of the times we’ve shared your health information for six years prior to the date you ask, who we shared it with, and why.
- We will include all the disclosures except for those about treatment, payment, and health care operations, and certain other disclosures (such as any you asked us to make). We’ll provide one accounting a year for free but will charge a reasonable, cost-based fee if you ask for another one within 12 months.

### **Get a copy of this privacy notice**

- You can ask for a paper copy of this notice at any time, even if you have agreed to receive the notice electronically. We will provide you with a paper copy promptly.

### **Choose someone to act for you**

- If you have given someone medical power of attorney or if someone is your legal guardian, that person can exercise your rights and make choices about your health information.
- We will make sure the person has this authority and can act for you before we take any action.

### **File a complaint if you feel your rights are violated**

- You can complain if you feel we have violated your rights by contacting us using the information on page 5.
- You can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, calling 1-877-696-6775, or visiting [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)
- We will not retaliate against you for filing a complaint.

### **Self-management goals**

- Patient self-management goals are identified, agreed upon with the patient, and incorporated into the patient's treatment plan.

### **Patient right to choose a provider**

- Obtain care from other clinicians of the patient's choosing within the primary care medical home; Seek a second opinion from a clinician of the patient's choosing; Seek specialty care.

## **YOUR CHOICES**

**For certain health information, you can tell us your choices about what we share.** If you have a clear preference for how we share your information in the situations described below, talk to us. Tell us what you want us to do, and we will follow your instructions.

### **In these cases, you have both the right and choice to tell us to:**

- Share information with your family, close friends, or others involved in your care
- Share information in a disaster relief situation
- Include your information in a hospital directory

*If you are not able to tell us your preference, for example if you are unconscious, we may go ahead and share your information if we believe it is in your best interest. We may also share your information when needed to lessen a serious and imminent threat to health or safety.*

### **In these cases we never share your information unless you give us written permission:**

- Marketing purposes
- Sale of your information
- Most sharing of psychotherapy notes

### **In the case of fundraising:**

- We may contact you for fundraising efforts, but you can tell us not to contact you again.

## **OUR USES AND DISCLOSURES**

**How do we typically use or share your health information?** We typically use or share your health information in the following ways.

### **Treat you**

We can use your health information and share it with other professionals who are treating you.

**Example:** *A doctor treating you for an injury asks another doctor about your overall health condition.*

## **Run our organization**

We can use and share your health information to run our practice, improve your care, and contact you when necessary.

*Example: We use health information about you to manage your treatment and services.*

## **Bill for your services**

We can use and share your health information to bill and get payment from health plans or other entities.

*Example: We give information about you to your health insurance plan so it will pay for your services.*

**HOW ELSE CAN WE USE OR SHARE YOUR HEALTH INFORMATION?** We are allowed or required to share your information in other ways – usually in ways that contribute to the public good, such as public health and research. We have to meet many conditions in the law before we can share your information for these purposes. For more information see:

**[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).**

**Help with public health and safety issues.** We can share health information about you for certain situations such as:

- Preventing disease
- Helping with product recalls
- Reporting adverse reactions to medications
- Reporting suspected abuse, neglect, or domestic violence
- Preventing or reducing a serious threat to anyone’s health or safety

## **Do research**

- We can use or share your information for health research.

## **Comply with the law**

- We will share information about you if state or federal laws require it, including with the Department of Health and Human Services if it wants to see that we’re complying with federal privacy law.

## **Respond to organ and tissue donation requests**

- We can share health information about you with organ procurement organizations.

## **Work with a medical examiner or funeral director**

- We can share health information with a coroner, medical examiner, or funeral director when an individual dies.

**Address workers’ compensation, law enforcement, and other government requests.** We can use or share health information about you:

- For workers’ compensation claims
- For law enforcement purposes or with a law enforcement official
- With health oversight agencies for activities authorized by law
- For special government functions such as military, national security, and presidential protective services

## **Respond to lawsuits and legal actions**

- We can share health information about you in response to a court or administrative order, or in response to a subpoena.

## **OUR RESPONSIBILITIES**

- We are required by law to maintain the privacy and security of your protected health information.
- We will let you know promptly if a breach occurs that may have compromised the privacy or security of your information.
- We must follow the duties and privacy practices described in this notice and give you a copy of it.
- We will not use or share your information other than as described here unless you tell us we can in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind.

For more information see: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

## **CHANGES TO THE TERMS OF THIS NOTICE**

We can change the terms of this notice, and the changes will apply to all information we have about you. The new notice will be available upon request, in our office, and on our web site.

[www.sunlifefamilyhealth.org](http://www.sunlifefamilyhealth.org)

Contact: [privacy@slfhc.org](mailto:privacy@slfhc.org)

Effective April 11, 2017



**SUN LIFE FAMILY HEALTH CENTER**

Excellence in Health, Wellness & Education

## **Su Información – sus Derechos – sus Responsabilidades**

Esta notificación describe como su información médica puede ser usada, compartida y como usted puede tener acceso a esta información. Por favor revise esta notificación cuidadosamente.

### **Sus Derechos**

**Usted tiene el derecho a:**

- Obtener su registro medico en forma de copia electrónica o en papel
- Solicitar comunicación confidencial
- Informarnos que usted quiere que limitemos la información que compartimos
- Hacer una lista de todas las personas con las que usted haya compartido su información
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad
- Elegir a una persona que pueda actuar por usted
- Presentar una queja, si usted siente que sus derechos de privacidad han sido violados
- Identificar sus objetivos de auto manejo
- Escoger un proveedor de su elección

### **Sus Opciones**

Usted tiene algunas opciones en la forma que utilizamos y compartimos información, cuando nosotros:

- Decirle a sus familiares y amigos sobre su condición
- En casos de alivio en desastres naturales
- Incluirlo en el directorio del hospital
- Al proveer servicios de salud mental
- Al vender su información en nuestro servicio de mercadotecnia
- Cuando recaudamos fondos

### **Nuestros Usos y Divulgación**

Como nosotros podemos usar y compartir su información:

- Cuando le atendemos
- Administramos nuestra organización
- Facturamos por sus servicios
- Ayudar con salud pública y problemas de seguridad
- Hacer investigaciones
- Cumplir con la ley
- Responder a la solicitud de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con el médico forense o el director funerario
- Para resolver compensación del trabajador, cumplimiento de la ley, y /o solicitudes del gobierno
- Responder a acciones y demandas legales

## **Sus Derechos**

**Usted tiene ciertos derechos, cuando se trata de su información médica.** Para ayudarle a usted, la siguiente sección explica sus derechos y algunas de sus responsabilidades.

### **Obtenga su registro medico en forma de copia electrónica o en papel**

- Usted puede preguntar ver sus archivos médicos u otra información que tengamos sobre usted y obtener una copia electrónica o en papel. Por favor de preguntarnos, como usted puede obtener estos documentos.
- Nosotros le proveemos una copia o un sumario de su archivo médico, usualmente en 30 días de haber recibido su solicitud. Nosotros podemos cobra una tarifa razonable.

### **Pregúntenos como puede corregir su información médica**

- Usted puede preguntarnos como puede corregir su información médica que usted piensa esta incorrecta o incompleta. Pregúntenos, como usted puede hacer esto.
- Nosotros podemos decirle que “no” a su solicitud, y le diremos el por qué por escrito en 60 días.

### **Solicitar comunicación confidencial**

- Usted puede pedir que lo contactemos de manera específica (por ejemplo, que solo lo llamemos a la casa o a su trabajo) o que enviemos correo a una dirección diferente.
- Nosotros diremos que “si” a solicitudes razonables.

### **Pregúntenos que pongamos un límite a la información que usamos o compartimos**

- Usted puede pedirnos que usemos o compartamos cierta información médica para tramites, pagos, o para nuestras operaciones. No estamos requeridos a estar de acuerdo, y podemos decir que “no” si la petición afecta su cuidado médico.
- Su usted paga de su propio bolsillo por un servicio o por artículos médicos, usted nos puede pedir que no compartamos información con el propósito de pagos y nuestras operaciones con su seguro médico. Nosotros diremos que “si” a menos que la ley nos requiera compartir su información.

### **Pedir una lista de aquellos con los que hemos compartido su información**

- Usted puede pedir una lista (contable) de las veces en la que hemos compartido su información en los últimos seis años a partir de la fecha que usted solicite, con quien y el porqué.
- Incluiremos todos las divulgaciones a excepción de aquellas sobre su tratamiento, pagos, operaciones de salud, y ciertas otras divulgaciones (las que usted nos haya autorizado). Le suministraremos una copia contable una vez al año sin costo alguno, pero si requiere más de una en un periodo de 12 meses se le cobraremos basados en una tarifa razonable.

### **Obtenga una copia de este aviso de privacidad**

- Usted puede pedir una copia en papel de este aviso cuando usted lo requiera, aunque haya acordado a recibir un aviso electrónicamente. Nosotros le proveemos una copia en papel con prontitud.

### **Elija a alguien a que actué por usted**

- Si usted le ha dado alguna persona poder médico o alguna persona es su guardián legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar las opciones por usted sobre su información de salud.
- Nosotros nos cercioraremos de que esa persona tenga esta autoridad antes de que tomemos cualquiera acción.

### **Si usted siente que sus derechos han sido violados, puede presentar una queja**

- Usted puede quejarse, si usted siente que se le han violado sus derechos, contactándonos usando la información en la página 6.
- Usted puede presentar su queja con el U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights enviándoles una carta a la 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)
- Nosotros no tomaremos ninguna represalia contra usted por haber presentado su queja.

### **Objetivos de Auto Gestion**

- Objetivos de autogestión del paciente son identificados, acordados con el paciente, e incorporados dentro del plan de tratamiento.

### **El derecho del paciente a elegir a su proveedor medico**

- Obtener cuidado por otro proveedor médico que el paciente hay elegido dentro de su casa medica de proveedores primarios; solicitar una segunda opinión de otro proveedor médico de la elección del paciente; buscar cuidado especializado.



## Sus Opciones

Para cierta información médica, usted nos puede dar sus opciones de lo que podemos compartir. Si usted tiene una preferencia clara de cómo podemos compartir su información en las situaciones descritas debajo, por favor hable con nosotros. Díganos que es lo que quiere que hagamos, y nosotros seguiremos sus instrucciones.

**En estos casos, usted tiene el derecho de decirnos que:**

- Información que podemos compartir con su familia, amistades íntimas, u otros que estén involucrados en su cuidado.
- Información que podamos compartir en caso de una situación de catástrofe natural
- Incluir su información en el directorio del hospital

*Si para usted no es posible decirnos su preferencia, por ejemplo, si esta inconsciente, nosotros compartiremos su información si pensamos que es su mejor interés. Podremos compartir su información en dado caso que necesitemos arrendar una amenaza seria e inminente de salud pública.*

**En los siguientes casos nunca compartiremos su información sin que nos haya dado permiso por escrito:**

- Para propósitos de mercadeo
- Venta de su información
- La mayoría de sus notas de sicoterapia

**En caso de recaudación de fondos:**

- Nosotros podríamos contactarlo en caso de recaudación de fondos, y usted nos puede decir que no lo contactemos nunca más.

## Nuestra Utilización y Divulgaciones

**¿Cuál es la manera típica en que compartimos su información?** Nosotros típicamente usamos o compartimos su información de las siguientes maneras:

### **Su tratamiento**

Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le estén dando tratamiento.

***Ejemplo:** Un médico le pregunta al médico que le está suministrando tratamiento sobre su condición general de salud.*

### **Para mejorar nuestra práctica médica**

Nosotros podemos compartir su información para el uso de nuestra práctica, mejorar su cuidado, y contactarlo cuando sea necesario.

***Ejemplo:** Nosotros usamos su información de salud para administrar su tratamiento y servicios.*

### **Para facturar por sus servicios**

Nosotros podemos usar su información de salud para facturar por sus servicios y coleccionar pagos de los planes de seguro médico y otras entidades.

***Ejemplo:** Nosotros proveemos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pueda pagar por sus servicios.*

**¿De qué otra forma podemos usar y compartir su información de salud?** Podemos y estamos requeridos en compartir su información de las siguientes formas – usualmente en formas que contribuyen para el beneficio del público, como para salud pública o investigación. Tenemos que cumplir con la ley, pero hay muchas condiciones antes de que podamos compartir su información para estos propósitos. Para más información vaya a:  
[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

### **Ayudar a la salud pública y problemas de seguridad.**

Podemos compartir información sobre usted en ciertas situaciones:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar con la retirada de productos
- Reportar reacciones adversas a los medicamentos
- Reportar sospecho de abuso, violencia doméstica, negligencia
- Prevenir o reducir una amenaza seria de la salud o seguridad de cualquiera persona

### **Para hacer Investigación**

- Podemos usar o compartir su información para investigaciones.

### **Cumplir con la Ley**

- Nosotros compartiremos su información si es requerida por las leyes estatales o federales, incluyendo el departamento Health and Human Services, si este quiere ver que estemos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

### **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejido**

- Nosotros podemos compartir información sobre usted con organizaciones dedicadas a la adquisición de órganos.

### **Trabajar con el examinador médico o director funerario**

- Nosotros podemos compartir su información con el forense, examinador médico, o director fúnebre en caso de fallecimiento.

### **Para resolver compensación del trabajador, cumplimiento de la ley, y /o solicitudes del gobierno.**

*Nosotros usaremos o compartiremos su información de salud:*

- Para compensación del trabajador
- Para propósitos de cumplimiento o con un oficial esforzador de la ley
- Con agencias que supervisan la salud y para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones especiales del gobierno como militares, seguridad nacional, y servicios de protección presidencial

### **Responder a acciones o demandas legales**

- Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden de corte o administrativa, o un citatorio legal.

## **Nuestras Responsabilidades**

Estamos requeridos por ley de resguardar su información médica protegida y segura.

- Nosotros le dejaremos saber si hay alguna brecha que haya ocurrido la cual comprometa su privacidad o la seguridad de su información.
- Nosotros temémos el deber seguir las prácticas de privacidad descritas en esta notificación y darle una copia.
- Nosotros no usaremos o compartiremos su información de ninguna otra manera que no sea descrita en esta notificación a menos de que usted nos haya dicho por escrito de lo contrario.
- Si usted nos ha dicho que podemos, pero ha cambiado de forma de pensar, en cualquier momento puede notificarnos por escrito.

Para más información visite:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

## **Cambios en los términos de esta notificación**

Nosotros podemos cambiar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. En dado caso que esto sucediera, la nueva notificación sería disponible si usted la solicita en nuestra oficina, ó/ y en nuestro sitio de página web.

[www.sunlifefamilyhealth.org](http://www.sunlifefamilyhealth.org)

Contacto: [privacy@slfhc.org](mailto:privacy@slfhc.org)

Efectivo 11 de abril 2017