

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please refer to the Notice of Privacy Practices accompanying this Summary for a complete explanation, and additional information.

Our Legal Duty

Cedar Health Centers and its contracted clinical staff are required by applicable federal and state law to maintain the privacy of medical information on you that we hold, develop or receive from other sources. We are also required to give you this Notice about our privacy practices, our legal duties, and your rights concerning your medical information. We must follow the privacy practices that are described in this Notice while it is in effect. This Notice takes effect 03/13/2018, and will remain in effect until we replace it. You may request a copy of our Notices at any time. For more information about our privacy practices, or for additional copies of this Notice, please contact us using the information listed at the end of this Notice.

Uses and Disclosures of Medical Information

We use and disclose medical information about you for treatment, payment and healthcare operations.

Treatment: We may use or disclose your medical information to a physician, occupational nurse, pharmacist or other healthcare provider providing treatment to you.

Payment: We may use and disclose your medical information to obtain payment for services we provide to you.

Healthcare Operations: We may use and disclose your medical information in connection with our healthcare operations. Healthcare operations include treatment, patient evaluation, quality assessment and improvement activities, review of the competence or qualifications of health care professionals and emergency medical personnel, evaluation of practitioner and provider performance, conducting training programs, accreditation, certification, licensing or credentialing activities. We may also disclose your medical information to your health plan for disease management purposes.

Your Authorization: In addition to our use of your medical information for treatment, payment, or healthcare operations, you may give us written authorization to use your medical information or to disclose it to anyone for any purpose. If you give us an authorization, you may revoke it in writing at any time. Your revocation will not affect any use or disclosures permitted by your authorization while it was in effect. Unless you give us written authorization, we cannot use or disclose your medical information for any reason except those described in this Notice.

To your family and friends: We must disclose your medical information to you, as described in the Patient Rights section of this Notice. We may disclose your medical information to a family member, friend or other person to the extent necessary to help with your healthcare or with payment for your healthcare, but only if you agree that we may do so.

Persons Involved with Care: We may use or disclose medical information to notify, or assist in the notification of (including identifying or locating a family member, your personal representative or another person responsible for your care), your location, your general condition or death. If you are present, then prior to use or disclosure of your medical information, we will provide you with an opportunity to object to such uses or disclosures. In the event of your incapacity or emergency circumstances, we will disclose medical information based on a determination using our professional judgment disclosing only medical information that is directly relevant to the person's involvement in your healthcare. We will also use our professional judgment and our experience with common practice to make reasonable inferences of your best interest in allowing a person to pick up filled prescriptions, medical supplies, x-rays, or other similar forms of medical information.

Marketing Health-Related services: We will not use your medical information for marketing communications.

Required by Law: We may use or disclose your medical information, when we are required to do so by law.

Abuse or Neglect: we may disclose your medical information to appropriate authorities if we reasonably believe that you are a possible victim of abuse, neglect, domestic violence or the possible victim of other crimes. We may disclose your medical information to the extent necessary to avert a serious threat to your health or safety or the health or safety of others.

National Security: We may disclose to military authorities the medical information of Armed Forces personnel under certain circumstances. We may disclose to Authorized Federal Officials medical information required for lawful intelligence, counterintelligence, and other national security activities. We may disclose to correctional institutions or law enforcement officials having lawful custody of protected medical information of inmate or patient under certain circumstances.

Appointment Reminders; We may use or disclose your medical information to provide you with appointment reminders, such as voicemail messages, postcards or letters.

Patient Rights

Access: With limited exceptions, you have the right to look at a copy of your medical information. We will use the format you request unless we cannot practicably do so. You must make a request in writing to obtain access to your medical information. You may obtain a form to request access by using the contact information listed at the end of this Notice. You may also request access by sending us a letter to the address at the end of this Notice. We may charge you related fees depending on material, shipping costs, and staff time necessary to comply with your request, as allowed under applicable law.

Advance Directives: You have the right to direct all healthcare providers to comply with your "advance directives." An advance directive is a document by which a person makes provision for healthcare decisions in the event that, in the future, he/she becomes unable to make those decisions. There are two main types of advance directive – the "Living Will" and the "Durable Power of Attorney for Health Care." There are also hybrid documents which combine elements of the Living Will with those of the Durable Power of Attorney.

Disclosure Accounting: You have the right to receive a list of instances in which we disclosed your medical information for purposes other than treatment, payment, healthcare operations and certain other activities, for at least 6 years, but not before April 14, 2003. If you request this accounting more than once in a 12-month period, we may charge you a reasonable, cost-based fee for responding to these additional requests.

Restriction: You have the right to request that we place additional restrictions on our use or disclosure of your medical information. We are not required to agree to these additional restrictions, but if we do, we will abide by our agreement, except in an emergency.

Alternative Communication: You have the right to request that we communicate with you about your medical information by alternative means or to alternative locations. You must make your request in writing. Your request must specify the alternative means or location and provide a satisfactory explanation on how payments will be handles under the alternative means or location you request.

Amendment: You have the right to request that we amend your medical information. Your request must be in writing, and it must explain why the information should be amended. We may deny your request under certain circumstances.

Electronic Notice: If you receive a Notice of Privacy Practices by our website or by electronic mail or email, you are entitled to receive one in written form.

Notification of a Breach of Your Unsecured Medical Information. You have the right to be notified in the event that we discover an unauthorized disclosure of your medical information.

Wellness. If you receive this in association with an HRA event or other wellness program, your employer (or, in certain cases, your spouse's or parent's employer) has engaged Cedar Health Centers to help administer a voluntary wellness program sponsored by the employer. The program is offered by the employer pursuant to applicable rules permitting employer-sponsored wellness programs that seek to improve employee health or prevent disease. To the extent the wellness program requires you to (a) engage in activities that you may not be able to complete because of a health condition or (b) achieve certain health outcomes, you may be entitled to a reasonable accommodation or an alternative standard. To the extent the program may ask about family medical history (or other "genetic information," as defined under the law), you consent to collection of such information by making the requested disclosures.

Questions and Complaints

If you want more information about privacy practices or have questions or concerns, please contact your clinic or the office as indicated in the Notice of Privacy Practices.

If you feel that we may have violated your privacy rights, or you disagree with a decision we made about access to your medical information or in response to a request you made to amend or restrict the use or disclosure of your medical information or want us to communicate with you by alternative means or alternative locations, you may complain to us at the office that provided you with this notice. You also may submit a written complaint to the U.S. Department of Health and Human Services. We will provide you with the address to file your complaint with the U.S. Department of Health and Human Services upon request.

Please turn to the last page to sign and acknowledge receipt of this Notice of Privacy Practices.

Resumen Del Aviso De Prácticas De Privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información. Consulte el aviso de prácticas de privacidad que acompaña este Resumen para una explicación completa e información adicional.

Nuestro deber legal

Cedar Health Centers y su personal clínico contratado están obligados por las leyes federales y estatales aplicables a mantener la privacidad de su información médica que mantenemos, desarrollamos o recibimos de otras fuentes. También estamos obligados a darle este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información médica. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras esté vigente. Este Aviso entra en vigencia el 03/13/2018 y permanecerá en vigor hasta que lo reemplacemos. Puede solicitar una copia de nuestros Avisos en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o copias adicionales de este aviso, comuníquese con nosotros utilizando la información que se encuentra al final de este aviso.

Usos Y Divulgaciones De La Información Médica

Usamos y divulgamos información médica sobre usted para procesos de tratamiento, pago y atención médica.

Tratamiento: Podemos usar o divulgar su información médica a un médico, enfermera ocupacional, farmacéutico u otro proveedor de atención médica que le brinde tratamiento.

Pago: Podemos usar y divulgar su información médica para obtener pago por servicios proporcionados.

Operaciones del cuidado de salud: Podemos usar y divulgar su información médica en relación con nuestra atención médica. Las operaciones del cuidado de salud incluyen el tratamiento, la evaluación del paciente, la evaluación de la calidad y mejora de actividades, la revisión de capacidad o habilidades de los proveedores de salud y el personal médico de emergencia, evaluación del desempeño de profesionales del cuidado de salud, realización de programas de capacitación, acreditación, certificación, actividades de concesión de licencias o acreditaciones. También podemos divulgar su información médica a su plan de salud por propósitos de gestión de cuidado médico.

Su autorización: además de nuestro uso de información médica para tratamiento, pago o atención médica, usted puede darnos autorización por escrito para usar su información médica o divulgarla a cualquier persona para cualquier objetivo. Si nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgaciones permitidas por su autorización mientras estuvo en vigor. A menos que dé una autorización por escrito, nosotros no podemos usar ni divulgar su información médica por ningún motivo excepto los descritos en este Aviso.

A su familia y amigos: Debemos compartir su información médica solo con usted, como se describe en los Derechos del paciente de este aviso. Podemos divulgar su información médica a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar con su atención médica o con el pago de su atención médica, pero solo si usted acepta que lo hagamos.

Personas involucradas en el cuidado médico: Podemos usar o divulgar información médica para notificar o asistir en la notificación de (incluida la identificación o localización de un familiar, su representante personal u otra persona responsable de su atención), su ubicación, su estado general o su fallecimiento. Si está presente, entonces antes del uso o divulgación de su información médica, le brindaremos la oportunidad de objetar tales demandas o divulgaciones. En el caso de su incapacidad o circunstancias de emergencia, divulgaremos información médica basada en una determinación usando nuestro juicio profesional y divulgar solo información médica que sea directamente relevante para la participación de la persona en su cuidado de salud. También utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables en su mejor interés al permitir que una persona recoja recetas surtidas, suministros médicos, radiografías u otras formas similares de información médica.

Servicios relacionados con mercadotecnia de servicios de salud: No utilizaremos su información médica para comunicaciones de mercadotecnia.

Requerido por la ley: Podemos usar o divulgar su información médica, cuando la ley así lo exija.

Abuso o negligencia: Podemos divulgar su información médica a las autoridades correspondientes si tenemos bases razonables para saber que usted es una posible víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica o posible víctima de otros delitos. Podemos divulgar su información médica en la medida necesaria para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad o a la salud o seguridad de otros.

Seguridad Nacional: Podemos divulgar a las autoridades militares la información médica del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos divulgar a funcionarios federales autorizados la información médica necesaria para inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos divulgar a correccionales instituciones o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley que tienen la custodia legal de la información médica protegida del recluso o paciente bajo ciertas circunstancias.

Recordatorios de citas: Podemos usar o divulgar su información médica para proporcionarle recordatorios de citas, tales como mensajes de correo de voz, postales o cartas.

Derechos Del Paciente

Acceso: con excepciones limitadas, tiene derecho a ver una copia de su información médica. Usaremos el formato solicitado a menos que prácticamente no podamos hacerlo. Debe realizar una solicitud por escrito para obtener acceso a su información médica. Puede obtener un formulario para solicitar acceso utilizando la información de contacto que se encuentra al final de este aviso. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección que se encuentra en la misma sección del aviso. Pueden haber cobros relacionadas según el material solicitado, los costos de envío y el tiempo del personal necesario para realizar su solicitud, según lo permita la ley aplicable.

Directiva anticipada: Tiene derecho a comunicar de antemano a todos los proveedores de atención médica sus decisiones para que sean cumplidas según su "directiva anticipada".

Una directiva anticipada es un documento mediante el cual una persona toma disposiciones para las decisiones de atención médica en caso de que, en el futuro no pudiera tomar esas decisiones. Hay dos tipos principales de directivas anticipadas – el "Testamento en vida" y el "Poder notarial duradero para el cuidado de la salud". También existen documentos híbridos que combinan elementos del testamento en vida con los del poder notarial duradero.

Reporte de divulgación: tiene derecho a recibir una lista de las instancias en las que divulgamos su historial médico. Información para fines distintos del tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica y ciertas otras actividades, por lo menos por los últimos 6 años, pero no antes del 14 de abril del 2003. Si solicita el reporte más de una vez en un período de 12 meses, puede haber cobros a una tarifa razonable basada en el costo para responder a solicitudes adicionales.

Restricciones: Tiene derecho a solicitar que imponamos restricciones adicionales en el uso o divulgación de su información médica. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos con el acuerdo, excepto en caso de emergencia.

Comunicación alternativa: Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información por medios alternativos o a lugares alternativos. Usted debe hacer su solicitud por escrito. Tu petición debe especificar los medios alternativos o la ubicación y proporcionar una explicación satisfactoria sobre cómo se realizarán los pagos bajo el medio alternativo o ubicación que usted solicite.

Modificación: Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información médica. Su solicitud debe estar en por escrito, y debe explicar por qué se debe modificar la información. Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

Notificación electrónica: Si recibe un aviso de prácticas de privacidad a través de nuestro sitio web o por correo electrónico o correo electrónico, tiene derecho a recibirlo también por escrito.

Notificación de una violación de su información médica no asegurada. Tiene derecho a ser notificado en caso de que descubramos una divulgación no autorizada de su información médica.

Bienestar. Si recibe esto con relación al HRA u otro programa de bienestar, su empleador (o, en en ciertos casos, el empleador de su cónyuge o padre) ha contratado a Cedar Health Centers para ayudar a administrar un programa de bienestar voluntario patrocinado por el empleador. El programa es ofrecido por el empleador de conformidad con reglas aplicables que permiten programas de bienestar patrocinados por el empleador que buscan mejorar la salud de los empleados o prevenir enfermedades. En la medida en que el programa de bienestar requiera que usted (a) participe en actividades que tal vez no puede completar debido a una condición de salud o (b) lograr ciertos resultados de salud, puede tener derecho a un ajuste o estándar alternativo. En la medida en que el programa pueda informarse acerca de la atención médica familiar, historial (u otra "información genética", como se define en la ley), usted acepta la recopilación de dicha información al hacer las revelaciones solicitadas.

Preguntas y Quejas

Si desea obtener más información sobre las prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con su clínica o la oficina como se indica en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Si cree que es posible que hayamos violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con alguna decisión tomada sobre el acceso a su información médica o en respuesta a una solicitud que hizo para modificar o restringir el uso o divulgación de su información médica o quiere que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o ubicaciones alternativas, puede presentar una queja en la oficina proporcionada en este aviso. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. cuando lo solicite.

I acknowledge receipt of the complete Notice of Privacy Practices.

Acuso de recibo del Aviso completo de Prácticas de Privacidad.

Patient's Printed Name: _____ Patient's Signature: _____ Date: _____
Nombre Impreso del Paciente: _____ Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Company: _____ Location / Plan # _____
Empresa: _____ Ubicación /# de Plan: # _____

Witness: _____ Witness Signature: _____ Date: _____
Testigo: _____ Testigo Signature: _____ Fecha: _____