

NOTICE OF RECEIPT OF PRIVACY PRACTICES
FOR
Primary Health Choice, Inc.

This notice is effective on August 2, 2021

**THIS NOTICE DESCRIBES HOW HEALTH CARE INFORMATION
ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND
HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.**

PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

I. WE ARE REQUIRED BY LAW TO PROTECT HEALTH CARE INFORMATION ABOUT YOU.

We are required by law to protect the privacy of health care information about you and that can be identified with you. This may be information about health care services that we provide to you or payment for health care provided to you. It may also be information about your past, present, or future health care condition. This Notice must be given to you at the time of the first treatment event, and posted in a prominent place in the provider agency, unless in an emergency treatment situation, then the Notice will be provided as soon as practicable after the emergency.

We are also required by law to provide you with this **Notice of Privacy Practices** explaining our legal duties and privacy practices with respect to health care information. We are legally bound to follow the terms of this Notice. In other words, we are only allowed to use and disclose health care information, including but not limited to genetic information, in the manner that we have described in this Notice. We will promptly notify you if a breach occurs that may have compromised the privacy or security of your information.

We may change the terms of this Notice in the future. We reserve the right to make changes and to make the new Notice effective for all health care information that we maintain. If changes are made to the Notice, we will:

- Post the new Notice in our waiting area
- Have copies of the new Notice available upon request (you may also contact our Corporate Compliance Officer at 910-865-3500 to obtain a copy of the current Notice.)

For more information see: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html>

The rest of this Notice will:

- Discuss how we may use and disclose health care information about you
- Explain your rights with respect to health care information about you
- Describe how and where you may file a privacy-related complaint

If, at any time, you have questions about information in this Notice or about our privacy policies, procedures or practices, you may contact our Corporate Compliance Officer at 1-910-865-3500

**WHAT IS A MEDICAL RECORD?
WHAT INFORMATION IS IN THE MEDICAL RECORD?**

Each time you receive a service from, or speak to a representative of the Primary Health Choice, Inc., a record of that contact may be maintained. The information is collected and maintained in what is referred

NOTICE OF RECEIPT OF PRIVACY PRACTICES
FOR
Primary Health Choice, Inc.

to as your Medical Record. Your Medical Record contains information about your mental health history, your physical health, (as appropriate), current symptoms, assessment, test results (if appropriate), diagnosis, treatment, medications, legal history (as appropriate), demographic information, financial information, family history (as appropriate), your progress, and a plan for your current and future treatment. The information contained in your Medical Record serves the following purposes:

- It is the basis for the planning of your care and treatment.
- It is a way for the various mental health professionals involved in your care to communicate.
- It is a legal document describing the care that you have received.
- It is a means by which you or an insurance payer can verify that you actually received the services billed.
- It is a tool to assess the appropriateness and quality of care that you received.
- It is a source of information for state mental health officials who are charged with improving mental health care across the state; and
- It is a tool to improve the quality of mental health care and achieve better mental health Client outcomes.

Understanding what information is contained in your Medical Record and how it is used helps you to:

- Ensure the accuracy and completeness of the information;
- Understand who, what, where, why, and how others may have access to your mental health information;
- Make informed decisions about authorizing (or giving permission) disclosure of your information to others; and
- Better understand your health information rights that are detailed below.

II. WE MAY USE AND DISCLOSE HEALTH CARE INFORMATION ABOUT YOU IN SEVERAL CIRCUMSTANCES

This section of our Notice explains in some detail how we may **use and disclose health care information about you** in order to provide health care, obtain payment for that health care, and operate our business efficiently. This section then briefly mentions several other circumstances in which we may use or disclose health care information about you. For more information about any of these uses or disclosures, or about any of our privacy policies, procedures or practices, you may contact our Corporate Compliance Officer at 1-910-865-3500.

1. Treatment

We may use and disclose health care information about you to provide health care treatment to you. In other words, we may use and disclose health care information about you to provide, coordinate or manage your mental health treatment and related services. This may include communicating with other mental health professionals and other health care providers regarding your treatment and coordinating and managing your health care.

Example:

- As a client of Primary Health Choice, the receptionist may use health care information about you when setting up an appointment.
- Your counselor may consult with a psychiatrist and/or other mental health professionals who are employed by the agency, and who are involved in coordination of your care for development of service plans/service needs,

NOTICE OF RECEIPT OF PRIVACY PRACTICES
FOR
Primary Health Choice, Inc.

medications, and/or other diagnostic evaluations.

- Your counselor may send information from your medical record for treatment and service planning coordination to a specialist to whom you have been referred.
- You have been taken to the local hospital emergency room experiencing a psychiatric crisis. The hospital may disclose your protected health information to the mental health provider in order to determine if you are currently receiving services and to inquire about your psychiatric history. We may inform the hospital of your diagnoses and medications so that the hospital can provide appropriate treatment for you.
- A doctor treating you for an injury asks another doctor about your overall health condition.

2. Payment

We may use and disclose health care information about you to **obtain payment for health care services** that you received. This means that, within the Primary Health Choice or contracted agency, we may use health care information about you to arrange for payment (such as preparing billing and managing accounts). We also may **disclose** health care information about you to others (such as insurers, collection agencies, and or client reporting agencies) except as mandated by state and federal regulations. In some instances, we may disclose health care information about you to an insurance plan **before** you receive certain health care services because, for example, we may want to know whether the insurance plan will pay for a particular service.

Example:

- You are a client at Primary Health Choice and have given authorization for Primary to file insurance (private, Medicaid, Medicare, etc.) for payment for services provided. The Primary Health Choice billing clerk will **use** health care information about you when preparing a bill for the services provided. Health care information about you will be **disclosed** to your insurance company when the billing clerk sends the bill.
- Following the initial intake, it is determined that you need to be referred for additional services provided by another mental health professional/program such as a partial hospitalization program, residential treatment center, etc., the Patient Relations Representative may contact your insurance company in order to determine whether the plan would pay for the services and/or the number of sessions allowed by the insurance company.

3. Health care operations

We may use and disclose health care information about you in performing a variety of business activities that we call **“health care operations”**. These “health care operations” activities allow us to improve the quality of care we provide and reduce health care costs. For example, we may use or disclose health care information about you in performing the following activities:

NOTICE OF RECEIPT OF PRIVACY PRACTICES
FOR
Primary Health Choice, Inc.

Reviewing and evaluating the skills, qualifications, and performance of health care providers taking care of you.

- Providing training programs for students, trainees, health care providers or non-health care professions to help them practice or improve their skills.
- Cooperating with outside organizations that evaluate, certify, or license health care providers, staff, or facilities in a particular field or specialty.
- Reviewing and improving the quality, efficiency and cost of care that we provide to you and our other Clients.
- Improving health care and lowering costs for groups of people who have similar health problems and helping manage and coordinate the care for these groups of people.
- Cooperating with outside organizations that assess the quality of the care others and we provide, including government agencies and private organizations.
- Planning for our organization's future operations.
- Resolving complaints, grievances, and appeals within our organization and/or contract agencies.
- Reviewing our activities and using or disclosing health care information in the event that control of our organization significantly changes.
- Working with others (such as lawyers, accountants, or other providers) who assist us to comply with this Notice and other applicable laws.

Example:

- You are diagnosed with depression. We may use your health care information, as well as health care information from all other Primary Health Choice clients diagnosed with depression, to develop an educational program to help clients recognize the early symptoms of depression. (Note: The educational program would not identify any specific clients without their permission.)
- You submit a grievance in reference to services provided and/or in reference to a violation of your rights as a client. Your medical record is reviewed by the Client Rights Committee to evaluate the quality of the care provided to you, and may be sent to our attorney for further review and/or discussion.

4. Persons Involved in Your Care

We may disclose health care information about you to a relative, close personal friend or any other person you identify if that person is involved in your care and the information is relevant to your care except as mandated by state and federal regulations. If the Client is a minor, we, may disclose health care information about the minor to a parent, guardian or other person responsible for the minor except in limited circumstance. For more information on the privacy of minor's information, contact our Corporate Compliance Officer at 1-910-865-3500.

We may also use or disclose health care information about you to a relative, another person involved in your care or possibly a disaster relief organization (such as the Red Cross) if we need to notify someone about your location or condition.

NOTICE OF RECEIPT OF PRIVACY PRACTICES
FOR
Primary Health Choice, Inc.

You may ask us at any time not to disclose health care information about you to persons involved in your care. We will agree to your request and not disclose the information except in certain limited circumstances (such as emergencies) or if the client is a minor. If the client is a minor, we may or may not be able to agree with your request. (Federal Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Records, 42 CFR - Part 2).

If you were to pass away, we may disclose to a family member, or other persons identified who were involved in your care or payment for health care prior to your death, protected health information that is relevant to that person's involvement, unless doing so is inconsistent with any prior expressed preference that you have given us. We must maintain the privacy of your records for 50 years following your death.

Example:

- A family member or a close personal regularly comes with you for your appointments and he helps you with your medication. When the physician and/or your counselor are discussing a new medication and/or treatment planning with you, these persons may be invited to come into the counselor's office to discuss medications and/or treatment.

5. Required by Law

We will use and disclose health care information about you whenever we are required by law to do so. There are many state and federal laws that require us to use and disclose health care information. For example, state law requires us to report known or suspected child abuse or neglect - to the Department of Social Services. We will comply with those state laws and with other applicable laws.

6. Certain Uses and Disclosures Do Not Require Your Authorization

When permitted by law, we may use or disclose health care information about you without your permission for various activities that are recognized as "national priorities". In other words, the government has determined that under certain circumstances (described below), it is so important to disclose health care information that it is acceptable to disclose health care information without the individual's permission. We will only disclose health care information about you in the following circumstances when we are permitted to do so ethically and by law. For more information on these types of disclosures, contact our Corporate Compliance Officer at 1-910-865-3500.

- **Threat to health or safety:** We may use or disclose health care information about you if we believe it is necessary to prevent or lessen a serious threat to health or safety.
- **Public health activities:** We may use or disclose health care information about you for public health activities. Public health activities require the use of health care information for various activities, including, but not limited to, activities related to investigating diseases, reporting child abuse and neglect, monitoring drugs or devices regulated by the Food and Drug Administration, and monitoring work-related illnesses or injuries. For example, if you have

NOTICE OF RECEIPT OF PRIVACY PRACTICES
FOR
Primary Health Choice, Inc.

been exposed to a communicable disease (such as a sexually transmitted disease), we may report it to the State and take other actions to prevent the spread of disease. For example, reporting adverse reactions to medications or helping with product recalls.

- **Communicable diseases:** Under State law, we are required to report certain types of communicable diseases to the Public Health Department such as syphilis, tuberculosis, HIV, and AIDS. The State has developed a long list of diseases we must report. Under State law, information about these communicable diseases is more sensitive than other types of health information and therefore must have added confidentiality protections. We will only disclose information to Public Health in very limited circumstances without your written authorization.
- **Abuse, neglect or domestic violence:** We may disclose health care information about you to a governmental authority (such as the Department of Social Services) if we have reason to believe that you may be a victim of abuse, neglect or domestic violence.
- **Health oversight activities:** We may disclose health care information about you to a health oversight agency-which is basically an agency responsible for overseeing the health care system or certain governmental programs. For example, a government agency may request from us while they are investigating possible insurance fraud or the Department of Health and Human Service if it wants to see if we are complying with federal privacy law. **For example: NC-TOPPS.** NC-TOPPS falls under the "audit and exception" of federal laws. This clause allows collection and sharing of PHI with state and local government agencies for the purpose of oversight and evaluation of the quality and effectiveness of services. Consumers may have access to their NC-TOPPS information upon request.
- **Court proceedings:** We may disclose health care information about you to a court or an officer of the court (such as an attorney) with an appropriate order (e.g. administrative order or a subpoena) from a judge. For example, we would disclose health care information about you to a court if a judge orders us to do so.
- **Law Enforcement:** We may disclose health care information about you to law enforcement official for specific law enforcement purposes. For example, we may disclose limited health care information about you to the police if the officer needs the information to identify persons subject to Federal mental health prohibitors or to help find or identify a missing person. We may also disclose to a law enforcement official protected health information that we believe in good faith constitutes evidence of criminal conduct that occurred on our premises, to include crimes against elected/public officials.
- **Coroners and others:** We may disclose health care information about you to a coroner, medical examiner, to law enforcement, other persons involved in your health care prior to death, or the funeral director upon your death or to organizations that help with organ, eye and tissue transplants.
- **Worker's compensation:** We may disclose health care information about you in order to comply with workers' compensation law.
- **Research organizations:** We may use or disclose health care information

NOTICE OF RECEIPT OF PRIVACY PRACTICES
FOR
Primary Health Choice, Inc.

about you to research organizations if the organizations if the organization is satisfied certain conditions about protecting the privacy of health care information.

- **Certain government functions:** We may use or disclose health care information about you for certain government functions, including but not limited to military and veteran's activities and national security and intelligence activities. We may also use or disclose health care information about you to a correctional institution in some circumstances.
- **Schools:** Where applicable, we may also disclose proof of immunization to a school about you as a current or prospective student of the school only because the school is required by State or other law to have proof of immunization prior to admitting you as a student and we must obtain and document the agreement to the disclosure from your parent, guardian or other person acting *in loco parentis*, or yourself, depending on your guardianship status.
- **Other circumstances:** Primary Health Choice, Inc. will evaluate whether your protected health information is governed by more stringent laws or regulations prior to our use or disclosure. There are other more stringent laws and rules, such as the federal substance abuse confidentiality regulations, the NC mental health confidentiality statute(s), the NC public health confidentiality provisions, and state minor consent statute(s), governing status (i.e., emancipation, marital status, etc.) or type of treatment (abortion, sexually transmitted disease, birth control, etc.), that may affect how we handle your information.
- **Appointment Reminders:** We may use and/or disclose information to contact you to provide a reminder about an appointment you have for treatment. You may request that reminders and other contacts be made to a different location.

7. Disclosure of Your Health Information That Allows You An Opportunity To Object

There are certain circumstances where we may disclose your health information and you have an opportunity to object. Such circumstances include:

- The professional responsible for your care may disclose your admission to or discharge from this agency to your next of kin (*Not applicable to substance abuse providers*)
- Disclosure to public or private agencies providing disaster relief.

Example: We may share your health information with the American Red Cross following a major disaster such as a flood.

If you would like to object to our disclosure about your health information in either of the situations listed above, please contact our agency Privacy Official listed in this *Notice* for consideration of your objection.

8. Certain Uses and Disclosures Require Your Authorization

Other than the uses and disclosures described above we will not use or disclose health

NOTICE OF RECEIPT OF PRIVACY PRACTICES
FOR
Primary Health Choice, Inc.

care information, including but not limited to genetic information, about you without the written authorization from you or your personal representative.

Psychotherapy Notes. I do keep "psychotherapy notes" as that term is defined in 45 CFR § 164.501, and any use or disclosure of such notes requires your Authorization unless the use or disclosure is:

- For my use in treating you.
- For my use in training or supervising mental health practitioners to help them improve their skills in group, joint, family, or individual counseling or therapy.
- For my use in defending myself in legal proceedings instituted by you.
- For use by the Secretary of Health and Human Services to investigate my compliance with HIPAA.
- Required by law and the use or disclosure is limited to the requirements of such law.
- Required by law for certain health oversight activities pertaining to the originator of the psychotherapy notes.
- Required by a coroner who is performing duties authorized by law.
- Required to help avert a serious threat to the health and safety of others.

If you sign a written authorization allowing us to disclose health care information about you, you may later revoke (or cancel) your authorization in writing (except information which has already been released or in very limited circumstances related to obtaining insurance coverage). If you would like to revoke your authorization, you must request revocation in writing or fill out a Revocation of Authorization for Disclosure of Health Information form. Revocation of Authorization for Disclosure of Health Information form is available from our Corporate Compliance Officer. If you revoke your authorization, we will no longer use or disclose protected health information about you for the purposes that had authorized in writing except to the extent that we have already relied upon your authorization and taken some action.

Compounding authorizations:

An authorization for use or disclosure of protected health information may not be combined with any other document to create a compound authorization, except as follows: (i) An authorization for the use or disclosure of protected health information for a research study may be combined with any other type of written permission for the same or another research study. This exception includes combining an authorization for the use or disclosure of protected health information for a research study with another authorization for the same research study, with an authorization for the creation or maintenance of a research database or repository, or with consent to participate in research. (ii) An authorization for a use or disclosure of psychotherapy notes may only be combined with another authorization for a use or disclosure of psychotherapy notes. (iii) An authorization under this section, other than an authorization for a use or disclosure of psychotherapy notes, may be combined with any other such authorization under this section, except under certain circumstances.

III. YOU HAVE RIGHTS WITH RESPECT TO HEALTH CARE INFORMATION ABOUT YOU.

NOTICE OF RECEIPT OF PRIVACY PRACTICES
FOR
Primary Health Choice, Inc.

This section of the Notice will briefly mention each of these rights. If you would like to know more about your rights, please contact our Corporate Compliance Officer at 1-910-865-3500.

1. Right to a Copy of this Notice

You have a right to have a copy of our Notice of Privacy Practices at any time; either an electronic copy, or a paper copy (even if you have already requested an electronic copy.) We will provide a copy of this **Notice** no later than the first day you receive services from us (except for emergency services and then will provide your copy as soon as possible).

2. Right of Access to Inspect and Copy

You have the right to see, review and to receive a paper copy or electronic copy of health care information about you that we maintain in certain groups of records including, but not limited to laboratory test results. If you would like to inspect or receive a copy of health care information about you, you may provide us with a request in writing. You may request your records by signing an Access Request Form. Forms are available from our Corporate Compliance Officer. Procedures apply when you request to review or to receive copies. If you request that your health information, be provided to other parties then your request must be written and signed, and must clearly identify the designated party and where to send the copy of health information.

We may deny your request in certain circumstances and we will explain our reason for doing so in writing. We will also inform you in writing if you have the right to have our decision reviewed by another person.

If you receive paper copies of health information, we may charge a reasonable, cost-based fee for the costs of copying, mailing, or other supplies associated with your request. The amount is due upon receipt of the copied information. If you agree, we may provide you with a summary of the information instead of providing you with access to it, or with an explanation of the information instead of a copy. All requests must be granted or denied within 15 days, unless given a reason for delay. Before providing you with such a summary explanation, we first will obtain your agreement to pay and will collect the fees, if any, for preparing the summary or explanation. Electronic PHI (ePHI) must be provided to the individual at no charge.

Fees to cover costs incurred in searching, handling, and mailing medical records to the patient or the patient's designated representative will be imposed as follows: A minimum fee of \$10.00 will be imposed for less than 13 pages, \$.75 per page (first 25 pages), \$.50 per page (pages 26-100), \$.25 per page in excess of 100 pages).

Agency will not charge for the reproduction of clients records in the following situations: professional courtesy when records are requested by physicians, psychologists, hospital, or other healthcare providers; third party payors when the facility will derive direct financial benefits; attorneys representing the Attorney General's Office and Special Counsel; Department of Health and Human Services; Division of Medical Assistance; Social Security Income Administration; Medicaid; or Medicare.

You may contact our Corporate Compliance Officer at 1-910-865-3500 for information on

NOTICE OF RECEIPT OF PRIVACY PRACTICES
FOR
Primary Health Choice, Inc.

these services and possible fees.

3. Right to Amend Your Health Care Information

If you feel that information we have about you is inaccurate or incomplete, you have the right to request that we amend (which means correct or add) health care information about you that we maintain in certain groups of records. Upon your receipt of your request, we may amend the disputed information and notify others who have copies of the inaccurate or incomplete information, and send the corrected portions. If you would like to amend information, you must sign a **Request to Amend Health Information Request Form**. Forms are available from our Corporate Compliance Officer.

We may deny your request in certain circumstances. (1) Information was not created by us, (2) Information is not part of record, (3) We believe information is correct. If we deny your request, we will explain our reason for doing so in writing within 60 days of your request. You will have the opportunity to send us a statement explaining why you disagree with our decision to deny your changes. We will share your statement whenever we disclose the information in the future.

4. Right to an Accounting of Disclosures We Have Made

You have the right to receive an accounting (which means a detailed listing) of disclosures that we have made for the previous six (6) years prior to the date you ask, who we shared it with, and why. If you would like to receive an accounting, you must sign an Accounting Request Form, or contact our Corporate Compliance Officer. Forms are available from our Corporate Compliance Officer. We are required to provide a listing of our disclosure except the following:

- a. For your treatment,
- b. For billing and collection of payment for your treatment,
- c. For our health care operations,
- d. Made to, or requested by you, or that you authorized,
- e. Occurring as a byproduct of permitted uses and disclosures,
- f. Made to individuals involved in your care,
- g. Allowed by law when the use and disclosure relates to certain specified government functions or relates to correctional institutions, and other law enforcement custodial situations,
- h. As part of a limited set of information which does not contain certain information which would identify you.

The list will include date of disclosure, name of person receiving information, a brief description of information disclosed and purpose.

If you request an accounting more than once every twelve (12 months), we may charge you a fee to cover the costs of preparing the accounting.

5. Right to Request Restriction on Uses and Disclosures

Except where we are required to disclose the information by law, needed for treatment

NOTICE OF RECEIPT OF PRIVACY PRACTICES
FOR
Primary Health Choice, Inc.

purposes, or when needed to lessen a serious and imminent threat to health or safety for you or others you have the right to request a restriction or limitation on the Protected Health Information we use or disclose about you. 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 comply with your request unless a law requires us to share that information.

You may cancel the restrictions at any time. In addition, we may cancel a restriction at any time as long as we notify you of the cancellation and continue to apply the restriction to information collected before the cancellation.

To request restrictions, you must submit sign a consent for Revocation of Authorization for Disclosure of Health Information. The request must include the following information:

- (1) What information you want to limit
- (2) Whether you want to limit our use, disclosure, or both
- (3) To whom you want the limits to apply, for example, disclosures to your spouse

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:

- a. Share information with your family, close friends, or others involved in your care
- b. Share information in a disaster relief situation
- c. 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:

- a. Marketing purposes
- b. Sale of your information
- c. Most sharing of psychotherapy notes

In the case of fundraising:

- a. We may contact you for fundraising efforts, but you inform us not to contact you again.

6. Right to Request an Alternative Method of Communication:

You have the right to request that we communicate with you about services provided (appointments, etc.) in a certain manner or at a certain location. For example, you prefer that we only contact you by telephone at a designated number, or by mailing all written information (notification of appointments, etc) to an address other than your home address.

If you wish to request an alternative method of communication, you must sign a consent for Alternative Method of Communication and specify how or where you wish to be contacted. All reasonable requests will be honored.

NOTICE OF RECEIPT OF PRIVACY PRACTICES
FOR
Primary Health Choice, Inc.

7. Right to 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. Primary Health Choice, Inc. will make sure the person has this authority and can act for you before we take any action.

IV. YOU MAY FILE A COMPLAINT ABOUT OUR PRIVACY PRACTICES

If you believe that your privacy rights have been violated or if you are dissatisfied with our privacy policies or procedures, you may file a complaint either with us or with the federal government. We will not take any action against you or change our treatment of you in any way if you file a complaint.

To file a written complaint, you may bring your complaint to your worker, his/her supervisor, the Corporate Compliance Officer or you may mail it to the following address:

**Corporate Compliance Officer
Primary Health Choice, Inc.
219 West Broad Street
St. Pauls, NC 28384**

If you have any questions or need help filing a civil rights, conscience or religious freedom, or health information privacy complaint, you may email, call or fax your complaint to the contact information below:

Barbara Stampul, Acting Regional Manager
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 16T70
61 Forsyth Street, S.W.
Atlanta, GA 30303-8909
Voice Phone (800) 368-1019
FAX (202) 619-3818
TDD (800) 537-7697
EMAIL: OCRMail@hhs.gov

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

Note:

- 1) This notice is posted at each facility service delivery site.
- 2) Is available upon request to any person.
- 3) This notice is available on the agency's web site:
<http://www.primaryhealthchoice.org>

V. EFFECTIVE DATE OF THIS NOTICE IS: August 2, 2021
--

AVISO DE RECIBO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
POR
Primary Health Choice, Inc.

Este aviso entra en vigencia el 2 de agosto de 2021

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
ACERCA DE USTED PUEDE SER UTILIZADO Y DIVULGADO Y
CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**

POR FAVOR REVISARLO DETENIDAMENTE.

I. LA LEY NOS REQUIERE PROTEGER SU INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA.

La ley nos exige proteger la privacidad de la información de atención médica sobre usted y que pueda identificarse con usted. Esta puede ser información sobre los servicios de atención médica que le brindamos o el pago por la atención médica que se le proporcionó. También puede ser información sobre su condición médica pasada, presente o futura. Este Aviso se le debe entregar en el momento del primer evento de tratamiento y se debe colocar en un lugar destacado de la agencia proveedora, a menos que se trate de una situación de tratamiento de emergencia, entonces el Aviso se proporcionará tan pronto como sea posible después de la emergencia.

También estamos obligados por ley a proporcionarle este **Aviso de prácticas de privacidad** que explica nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de atención médica. Estamos legalmente obligados a seguir los términos de este Aviso. En otras palabras, solo se nos permite usar y divulgar información de atención médica, incluida, entre otros, información genética, de la manera que hemos descrito en este Aviso. Le notificaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.

Podemos cambiar los términos de este Aviso en el futuro. Nos reservamos el derecho a realizar cambios y hacer que el nuevo Aviso sea efectivo para toda la información de atención médica que mantenemos. Si se realizan cambios en el Aviso, haremos lo siguiente:

- Publique el nuevo Aviso en nuestra área de espera
- Tenga copias del nuevo Aviso disponibles a pedido (también puede comunicarse con nuestro Oficial de Cumplimiento Corporativo al 910-865-3500 para obtener una copia del Aviso actual).

Para obtener más información, consulte: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html>

El resto de este Aviso:

- Hablar sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica.
- Explicar sus derechos con respecto a la información médica sobre usted.
- Describa cómo y dónde puede presentar una queja relacionada con la privacidad.

Si, en cualquier momento, tiene preguntas sobre la información contenida en este Aviso o sobre nuestras políticas, procedimientos o prácticas de privacidad, puede comunicarse con nuestro Oficial de Cumplimiento Corporativo al 1-910-865-3500

AVISO DE RECIBO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
POR
Primary Health Choice, Inc.

¿QUÉ ES UN EXPEDIENTE MÉDICO?
¿QUÉ INFORMACIÓN SE ENCUENTRA EN EL EXPEDIENTE MÉDICO?

Cada vez que reciba un servicio o hable con un representante de Primary Health Choice, Inc., es posible que se mantenga un registro de ese contacto. La información se recopila y mantiene en lo que se conoce como su expediente médico. Su expediente médico contiene información sobre su historial de salud mental, su salud física (según corresponda), síntomas actuales, evaluación, resultados de pruebas (si corresponde), diagnóstico, tratamiento, medicamentos, historial legal (según corresponda), información demográfica, información financiera, antecedentes familiares (según corresponda), su progreso y un plan para su tratamiento actual y futuro. La información contenida en su expediente médico tiene los siguientes propósitos:

- Es la base para la planificación de su atención y tratamiento.
- Es una forma de comunicarse entre los diversos profesionales de la salud mental que participan en su atención.
- Es un documento legal que describe la atención que ha recibido.
- Es un medio por el cual usted o un pagador de seguros pueden verificar que realmente recibió los servicios facturados.
- Es una herramienta para evaluar la idoneidad y la calidad de la atención que recibió.
- Es una fuente de información para los funcionarios estatales de salud mental encargados de mejorar la atención de la salud mental en todo el estado; y
- Es una herramienta para mejorar la calidad de la atención de salud mental y lograr mejores resultados de salud mental para los Clientes.

Comprender qué información está contenida en su expediente médico y cómo se utiliza le ayuda a:

- Asegurar la exactitud e integridad de la información;
- Entender quién, qué, dónde, por qué y cómo otros pueden tener acceso a su información de salud mental;
- Tomar decisiones informadas acerca de autorizar (o dar permiso) la divulgación de su información a otros; y
- Comprender mejor sus derechos sobre la información médica que se detallan a continuación.

II. PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE HEALTH CARE ACERCA DE USTED EN VARIAS CIRCUNSTANCIAS

Esta sección de nuestro Aviso explica con cierto detalle cómo podemos **usar y divulgar su información médica** para brindarle atención médica, obtener el pago de dicha atención médica y operar nuestro negocio de manera eficiente. Luego, esta sección menciona brevemente varias otras circunstancias en las que podemos usar o divulgar información médica sobre usted. Para obtener más información sobre cualquiera de estos usos o divulgaciones, o sobre cualquiera de nuestras políticas, procedimientos o prácticas de privacidad, puede comunicarse con nuestro Oficial de Cumplimiento Corporativo al 1-910-865-3500.

1. Tratamiento

Podemos usar y divulgar su información médica para brindarle tratamiento médico. En otras palabras, podemos usar y divulgar su información médica para proporcionar, coordinar o administrar su tratamiento de salud mental y servicios relacionados. Esto

AVISO DE RECIBO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
POR
Primary Health Choice, Inc.

puede incluir comunicarse con otros profesionales de la salud mental y otros proveedores de atención médica con respecto a su tratamiento y coordinar y administrar su atención médica.

Ejemplo:

- Como cliente de Primary Health Choice, la recepcionista puede usar su información médica al programar una cita.
- Su consejero puede consultar con un psiquiatra y / u otros profesionales de salud mental que son empleados de la agencia y que están involucrados en la coordinación de su atención para el desarrollo de planes de servicio / necesidades de servicio, medicamentos y / u otras evaluaciones de diagnóstico.
 - Su consejero puede enviar información de su expediente médico para la coordinación de la planificación del tratamiento y el servicio a un especialista al que lo hayan derivado.
- Lo han llevado a la sala de emergencias del hospital local y está experimentando una crisis psiquiátrica. El hospital puede divulgar su información médica protegida al proveedor de salud mental para determinar si actualmente está recibiendo servicios y para preguntar sobre su historial psiquiátrico. Podemos informar al hospital de sus diagnósticos y medicamentos para que el hospital pueda brindarle el tratamiento adecuado.
 - Un médico que lo atiende por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado general de salud.

2. Pago

Podemos usar y divulgar su información de atención médica para **obtener el pago de los servicios de atención médica** que recibió. Esto significa que, dentro de Primary Health Choice o agencia contratada, podemos utilizar su información de atención médica para coordinar el pago (como preparar la facturación y administrar las cuentas). También podemos **divulgar** información médica sobre usted a otros (como aseguradoras, agencias de cobranza o agencias de informes de clientes), excepto según lo exijan las regulaciones estatales y federales. En algunos casos, podemos divulgar su información médica a un plan de seguro **antes de** que reciba ciertos servicios de atención médica porque, por ejemplo, es posible que deseemos saber si el plan de seguro pagará por un servicio en particular.

Ejemplo:

- Usted es un cliente de Primary Health Choice y ha dado autorización para que Primary presente un seguro (privado, Medicaid, Medicare, etc.) para el pago de los servicios prestados. El encargado de facturación de Primary Health Choice **utilizará** su información de atención médica al preparar una factura por los servicios prestados. La información médica sobre usted será **divulgada** a su compañía de seguros cuando el encargado de facturación envíe la factura.
- Después de la admisión inicial, se determina que necesita ser referido para servicios adicionales proporcionados por otro programa / profesional de salud

AVISO DE RECIBO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
POR
Primary Health Choice, Inc.

mental, como un programa de hospitalización parcial, centro de tratamiento residencial, etc., el Representante de Relaciones con el Paciente puede comunicarse con su compañía de seguros en para determinar si el plan pagaría los servicios y / o la cantidad de sesiones permitidas por la compañía de seguros.

3. Operaciones de atención de la salud

Podemos usar y divulgar su información médica al realizar una variedad de actividades comerciales que llamamos "**operaciones de atención médica**". Estas actividades de "operaciones de atención médica" nos permiten mejorar la calidad de la atención que brindamos y reducir los costos de atención médica. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información médica al realizar las siguientes actividades:

Revisar y evaluar las habilidades, calificaciones y desempeño de los proveedores de atención médica que lo atienden.

- Proporcionar programas de capacitación para estudiantes, aprendices, proveedores de atención médica o profesiones no relacionadas con la salud para ayudarlos a practicar o mejorar sus habilidades.
- Cooperar con organizaciones externas que evalúan, certifican o otorgan licencias a proveedores, personal o instalaciones de atención médica en un campo o especialidad en particular.
- Revisar y mejorar la calidad, la eficiencia y el costo de la atención que le brindamos a usted y a nuestros otros Clientes.
- Mejorar la atención médica y reducir los costos para grupos de personas que tienen problemas de salud similares y ayudar a administrar y coordinar la atención de estos grupos de personas.
- Cooperar con organizaciones externas que evalúan la calidad de la atención que otros y nosotros brindamos, incluidas agencias gubernamentales y organizaciones privadas.
- Planificación de las operaciones futuras de nuestra organización.
- Resolver quejas, quejas y apelaciones dentro de nuestra organización y / o agencias contratadas.
- Revisar nuestras actividades y usar o divulgar información de atención médica en caso de que el control de nuestra organización cambie significativamente.
- Trabajar con otros (como abogados, contadores u otros proveedores) que nos ayudan a cumplir con este Aviso y otras leyes aplicables.

Ejemplo:

- Le diagnostican depresión. Podemos utilizar su información de atención médica, así como la información de atención médica de todos los demás clientes de Primary Health Choice diagnosticados con depresión, para desarrollar un programa educativo para ayudar a los clientes a reconocer los primeros síntomas de la depresión. (Nota: el programa educativo no identificaría a ningún cliente específico sin su permiso).

AVISO DE RECIBO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
POR
Primary Health Choice, Inc.

- Presenta una queja en referencia a los servicios prestados y / o en referencia a una violación de sus derechos como cliente. Su expediente médico es revisado por el Comité de Derechos del Cliente para evaluar la calidad de la atención que se le brinda, y puede ser enviado a nuestro abogado para una revisión y / o discusión adicional.

4. Personas involucradas en su cuidado

Podemos divulgar su información de atención médica a un familiar, amigo personal cercano o cualquier otra persona que usted identifique si esa persona está involucrada en su atención y la información es relevante para su atención, excepto según lo exijan las regulaciones estatales y federales. Si el Cliente es menor de edad, podemos divulgar información de atención médica sobre el menor a un padre, tutor u otra persona responsable del menor, excepto en circunstancias limitadas. Para obtener más información sobre la privacidad de la información de menores, comuníquese con nuestro Oficial de Cumplimiento Corporativo al 1-910-865-3500.

También podemos usar o divulgar su información médica a un pariente, a otra persona involucrada en su cuidado o posiblemente a una organización de ayuda en casos de desastre (como la Cruz Roja) si necesitamos notificar a alguien sobre su ubicación o condición.

Puede pedirnos en cualquier momento que no divulguemos información sobre su atención médica a las personas involucradas en su atención. Aceptaremos su solicitud y no divulgaremos la información excepto en determinadas circunstancias limitadas (como emergencias) o si el cliente es menor de edad. Si el cliente es menor de edad, es posible que podamos o no estar de acuerdo con su solicitud. (Confidencialidad federal de registros de abuso de alcohol y drogas, 42 CFR - Parte 2).

Si falleciera, podemos divulgar a un miembro de la familia u otras personas identificadas que estuvieron involucradas en su atención o en el pago de la atención médica antes de su muerte, información médica protegida que sea relevante para la participación de esa persona, a menos que hacerlo sea inconsistente con cualquier preferencia expresada previamente que nos haya dado. Debemos mantener la privacidad de sus registros durante 50 años después de su muerte.

Ejemplo:

- Un familiar o un familiar cercano lo acompaña regularmente a sus citas y lo ayuda con su medicación. Cuando el médico y / o su consejero estén discutiendo un nuevo medicamento y / o la planificación del tratamiento con usted, estas personas pueden ser invitadas a pasar a la oficina del consejero para hablar sobre medicamentos y / o tratamiento.

5. Requerido por ley

Usaremos y divulgaremos su información médica siempre que la ley nos exija hacerlo. Hay muchas leyes estatales y federales que nos exigen que usemos y divulguemos información médica. Por ejemplo, la ley estatal nos exige que informemos

AVISO DE RECIBO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
POR
Primary Health Choice, Inc.

al Departamento de Servicios Sociales de abuso o negligencia infantil, sospechado o conocido. Cumpliremos con esas leyes estatales y con otras leyes aplicables.

6. Ciertos usos y divulgaciones no requieren su autorización

Cuando lo permita la ley, podemos usar o divulgar su información médica sin su permiso para diversas actividades que se reconocen como "prioridades nacionales". En otras palabras, el gobierno ha determinado que, en determinadas circunstancias (descritas a continuación), es tan importante divulgar información médica que es aceptable divulgar información médica sin el permiso de la persona. Solo divulgaremos su información médica en las siguientes circunstancias cuando se nos permita hacerlo de manera ética y por ley. Para obtener más información sobre este tipo de divulgaciones, comuníquese con nuestro Oficial de Cumplimiento Corporativo al 1-910-865-3500.

- **Amenaza a la salud o la seguridad:** podemos usar o divulgar su información médica si creemos que es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave para la salud o la seguridad.
- **Actividades de salud pública:** Podemos usar o divulgar su información médica para actividades de salud pública. Las actividades de salud pública requieren el uso de información de atención médica para diversas actividades, que incluyen, entre otras, actividades relacionadas con la investigación de enfermedades, la denuncia de abuso y negligencia infantil, el control de medicamentos o dispositivos regulados por la Administración de Alimentos y Medicamentos y el control de actividades relacionadas con el trabajo, enfermedades o lesiones. Por ejemplo, si ha estado expuesto a una enfermedad contagiosa (como una enfermedad de transmisión sexual), podemos informarlo al estado y tomar otras medidas para prevenir la propagación de la enfermedad. Por ejemplo, reportar reacciones adversas a los medicamentos o ayudar con la retirada de productos.
- **Enfermedades transmisibles:** según la ley estatal, estamos obligados a informar al Departamento de Salud Pública sobre ciertos tipos de enfermedades transmisibles, como sífilis, tuberculosis, VIH y SIDA. El Estado ha desarrollado una larga lista de enfermedades que debemos informar. Según la ley estatal, la información sobre estas enfermedades transmisibles es más sensible que otros tipos de información médica y, por lo tanto, debe tener protecciones de confidencialidad adicionales. Solo divulgaremos información a Salud Pública en circunstancias muy limitadas sin su autorización por escrito.
- **Abuso, negligencia o violencia doméstica:** Podemos divulgar su información médica a una autoridad gubernamental (como el Departamento de Servicios Sociales) si tenemos motivos para creer que puede ser víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- **Actividades de supervisión de la salud:** podemos divulgar su información médica a una agencia de supervisión de la salud, que es básicamente una agencia responsable de supervisar el sistema de atención médica o ciertos programas gubernamentales. Por ejemplo, una agencia gubernamental puede solicitarnos mientras investiga un posible fraude de seguros o al Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea ver si estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad. **Por ejemplo: NC-TOPPS.** NC-TOPPS cae bajo la "auditoría y excepción" de las leyes federales. Esta cláusula permite la recopilación y el

AVISO DE RECIBO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
POR
Primary Health Choice, Inc.

intercambio de PHI con agencias gubernamentales estatales y locales con el propósito de supervisar y evaluar la calidad y eficacia de los servicios. Los consumidores pueden tener acceso a su información de NC-TOPPS si lo solicitan.

- **Procedimientos judiciales:** podemos divulgar información médica sobre usted a un tribunal o un funcionario del tribunal (como un abogado) con una orden apropiada (por ejemplo, una orden administrativa o una citación) de un juez. Por ejemplo, divulgaríamos su información médica a un tribunal si un juez nos lo ordena.
- **Aplicación de la ley:** Podemos divulgar información sobre su atención médica a un funcionario de aplicación de la ley para fines específicos de aplicación de la ley. Por ejemplo, podemos divulgar información limitada sobre su atención médica a la policía si el oficial necesita la información para identificar a personas sujetas a prohibiciones federales de salud mental o para ayudar a encontrar o identificar a una persona desaparecida. También podemos divulgar a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley información médica protegida que creemos de buena fe que constituye evidencia de conducta criminal que ocurrió en nuestras instalaciones, para incluir delitos contra funcionarios públicos o electos.
- **Médicos forenses y otros:** Podemos divulgar su información médica a un médico forense, examinador médico, a las fuerzas del orden público, a otras personas involucradas en su atención médica antes de su muerte, o al director de la funeraria después de su muerte oa organizaciones que ayuden con órganos, trasplantes de ojos y tejidos.
- **Compensación al trabajador:** podemos divulgar información médica sobre usted para cumplir con la ley de compensación al trabajador.
- **Organizaciones de investigación:** Podemos usar o divulgar su información médica a organizaciones de investigación si las organizaciones cumplen con ciertas condiciones sobre la protección de la privacidad de la información médica.
- **Ciertas funciones gubernamentales:** podemos usar o divulgar su información médica para ciertas funciones gubernamentales, que incluyen, entre otras, actividades militares y de veteranos y actividades de inteligencia y seguridad nacional. También podemos usar o divulgar su información médica a una institución correccional en algunas circunstancias.
 - **Escuelas:** Cuando corresponda, también podemos divulgar prueba de inmunización a una escuela sobre usted como estudiante actual o futuro de la escuela solo porque la escuela está obligada por ley estatal u otra ley a tener prueba de inmunización antes de admitirlo como estudiante. y debemos obtener y documentar el acuerdo a la divulgación de su padre, tutor u otra persona que actúe *in loco parentis* , o de usted mismo, dependiendo de su estado de tutela.
- **Otras circunstancias:** Primary Health Choice, Inc. evaluará si su información médica protegida se rige por leyes o regulaciones más estrictas antes de nuestro uso o divulgación. Existen otras leyes y reglas más estrictas, como las regulaciones federales de confidencialidad por abuso de sustancias, el estatuto (s) de confidencialidad de salud mental de Carolina del Norte, la ley de salud pública de Carolina del Norte.

AVISO DE RECIBO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
POR
Primary Health Choice, Inc.

disposiciones de confidencialidad y estatutos estatales de consentimiento de menores, estado que rige (es decir, emancipación, estado civil, etc.) o tipo de tratamiento (aborto, enfermedades de transmisión sexual, control de la natalidad, etc.), que pueden afectar la forma en que manejamos su información.

- **Recordatorios de citas:** podemos usar y / o divulgar información para comunicarnos con usted y proporcionarle un recordatorio sobre una cita que tiene para el tratamiento. Puede solicitar que los recordatorios y otros contactos se realicen en una ubicación diferente.

7. La divulgación de su información de salud que le permite una oportunidad de oponerse

Hay ciertas circunstancias en las que podemos divulgar su información médica y usted tiene la oportunidad de objetar. Tales circunstancias incluyen:

- El profesional responsable de su atención puede divulgar su admisión o alta de esta agencia a sus familiares más cercanos (*no se aplica a proveedores de abuso de sustancias*)
- Divulgación a agencias públicas o privadas que brindan asistencia en casos de desastre.

Ejemplo: podemos compartir su información médica con la Cruz Roja Americana después de un desastre mayor, como una inundación.

Si desea objetar nuestra divulgación sobre su información de salud en cualquiera de las situaciones enumeradas anteriormente, comuníquese con el Funcionario de Privacidad de nuestra agencia que figura en este *Aviso* para considerar su objeción.

8. Ciertos usos y divulgaciones requieren su autorización

Aparte de los usos y divulgaciones descritos anteriormente, no usaremos ni divulgaremos información de atención médica, incluida, entre otros, información genética sobre usted sin la autorización por escrito de usted o su representante personal.

Notas de psicoterapia. Conservo "notas de psicoterapia" como se define ese término en 45 CFR § 164.501, y cualquier uso o divulgación de dichas notas requiere su autorización a menos que el uso o divulgación sea:

- Para mi uso en su tratamiento.
 - Para mi uso en la capacitación o supervisión de profesionales de la salud mental para ayudarlos a mejorar sus habilidades en terapia o asesoramiento grupal, conjunto, familiar o individual.
 - Para mi uso en defenderme en procedimientos legales iniciados por usted.
 - Para uso de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos para investigar mi cumplimiento con HIPAA.

AVISO DE RECIBO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
POR
Primary Health Choice, Inc.

- Requerido por ley y el uso o divulgación se limita a los requisitos de dicha ley.
- Requerido por ley para ciertas actividades de supervisión de la salud pertenecientes al creador de las notas de psicoterapia.
- Requerido por un médico forense que esté desempeñando funciones autorizadas por la ley.
- Requerido para ayudar a prevenir una amenaza seria a la salud y seguridad de otros.

Si firma una autorización por escrito que nos permite divulgar información sobre su atención médica, puede revocar (o cancelar) su autorización posteriormente por escrito (excepto la información que ya ha sido divulgada o en circunstancias muy limitadas relacionadas con la obtención de cobertura de seguro). Si desea revocar su autorización, debe solicitar la revocación por escrito o completar un formulario de Revocación de autorización para divulgación de información médica. El formulario de Revocación de la autorización para la divulgación de información médica está disponible en nuestro Oficial de Cumplimiento Corporativo. Si revoca su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su información médica protegida para los fines autorizados por escrito, excepto en la medida en que ya nos hayamos basado en su autorización y tomamos alguna medida.

Autorizaciones de capitalización:

Una autorización para el uso o divulgación de información médica protegida no puede combinarse con ningún otro documento para crear una autorización compuesta, excepto en los siguientes casos: (i) Una autorización para el uso o divulgación de información médica protegida para un estudio de investigación puede combinarse con cualquier otro tipo de permiso por escrito para el mismo u otro estudio de investigación. Esta excepción incluye la combinación de una autorización para el uso o divulgación de información médica protegida para un estudio de investigación con otra autorización para el mismo estudio de investigación, con una autorización para la creación o mantenimiento de una base de datos o repositorio de investigación, o con el consentimiento para participar en la investigación. . (ii) Una autorización para el uso o divulgación de notas de psicoterapia solo puede combinarse con otra autorización para el uso o divulgación de notas de psicoterapia. (iii) Una autorización en virtud de esta sección, que no sea una autorización para el uso o divulgación de notas de psicoterapia, puede combinarse con cualquier otra autorización de este tipo en virtud de esta sección, excepto en determinadas circunstancias.

Esta sección del Aviso mencionará brevemente cada uno de estos derechos. Si desea saber más sobre sus derechos, comuníquese con nuestro Oficial de Cumplimiento Corporativo al 1-910-865-3500.

**III. USTED TIENE DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE ATENCIÓN
MÉDICA SOBRE USTED.**

1. Derecho a una copia de este aviso

Tiene derecho a tener una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento; ya sea una copia electrónica o una copia impresa (incluso si ya ha solicitado una

AVISO DE RECIBO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
POR
Primary Health Choice, Inc.

copia electrónica). Le proporcionaremos una copia de este **Aviso** a más tardar el primer día que reciba nuestros servicios (excepto los servicios de emergencia y luego le proporcionaremos su copia lo antes posible).

2. Derecho de acceso para inspeccionar y copiar

Tiene derecho a ver, revisar y recibir una copia impresa o una copia electrónica de su información médica que mantenemos en ciertos grupos de registros, incluidos, entre otros, los resultados de las pruebas de laboratorio. Si desea inspeccionar o recibir una copia de la información médica sobre usted, usted **debe** proporcionarnos una solicitud por escrito. **Usted debe** solicitar sus registros por **signo** ing un Un Formulario de Solicitud de acceso. Los formularios están disponibles en nuestro Oficial de Cumplimiento Corporativo. Los procedimientos se aplican cuando solicita revisar o recibir copias. Si solicita que su información médica se proporcione a otras partes, su solicitud debe estar por escrito y firmada, y debe identificar claramente a la parte designada y dónde enviar la copia de la información médica.

Podemos denegar su solicitud en determinadas circunstancias y le explicaremos el motivo por escrito. También le informaremos por escrito si tiene derecho a que otra persona revise nuestra decisión.

Si recibe copias de información de salud, puede cobrar una razonable basada en el costo de cargo por los costos de copiado, envío u otros suministros asociados con su solicitud. La cantidad vence al recibir la información copiada. Si está de acuerdo, podemos proporcionarle un resumen de la información en lugar de brindarle acceso a ella, o una explicación de la información en lugar de una copia. Todas las solicitudes deben concederse o denegarse en un plazo de 15 días, a menos que se indique un motivo de retraso. Antes de brindarle dicha explicación resumida, primero obtendremos su consentimiento para pagar y cobraremos las tarifas, si las hubiera, por preparar el resumen o la explicación. La PHI electrónica (ePHI) se debe proporcionar a la persona sin cargo.

Las tarifas para cubrir los costos incurridos en la búsqueda, manejo y envío de registros médicos al paciente o al representante designado por el paciente se impondrán de la siguiente manera: se impondrá una tarifa mínima de \$ 10.00 por menos de 13 páginas, \$.75 por página (primeras 25 páginas), \$.50 por página (páginas 26-100), \$.25 por página en exceso de 100 páginas).

La agencia no cobrará por la reproducción de registros de clientes en las siguientes situaciones; cortesía profesional cuando los médicos, psicólogos, hospitales u otros proveedores de atención médica solicitan registros; terceros pagadores cuando la instalación obtendrá beneficios económicos directos; abogados que representan a la Fiscalía General y al Asesor Jurídico Especial; Departamento de Salud y Servicios Humanos; División de Asistencia Médica; Administración de Ingresos del Seguro Social; Seguro de enfermedad; o Medicare.

Puede comunicarse con nuestro Oficial de Cumplimiento Corporativo al 1-910-865-3500 para obtener información sobre estos servicios y posibles tarifas.

3. Derecho a modificar su información de atención médica

AVISO DE RECIBO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
POR
Primary Health Choice, Inc.

Si cree que la información que tenemos sobre usted es inexacta o incompleta, tiene derecho a solicitar que modifiquemos (lo que significa corregir o agregar) la información de atención médica sobre usted que mantenemos en ciertos grupos de registros. Una vez que reciba su solicitud, podemos enmendar la información en disputa y notificar a otros que tengan copias de la información inexacta o incompleta, y enviar las porciones corregidas. Si desea modificar la información, debe firmar una **Solicitud para modificar el Formulario de solicitud de información médica**. Los formularios están disponibles en nuestro Oficial de Cumplimiento Corporativo.

Podemos denegar su solicitud en determinadas circunstancias. (1) La información no fue creada por nosotros, (2) La información no es parte del registro, (3) Creemos que la información es correcta. Si denegamos su solicitud, le explicaremos nuestro motivo por escrito dentro de los 60 días posteriores a su solicitud. Tendrá la oportunidad de enviarnos una declaración en la que explique por qué no está de acuerdo con nuestra decisión de negar sus cambios. Compartiremos su declaración cada vez que divulguemos la información en el futuro.

4. Derecho a un informe de las divulgaciones que hemos realizado

Tiene derecho a recibir un informe (lo que significa una lista detallada) de las divulgaciones que hemos realizado durante los seis (6) años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién la compartimos y por qué. Si desea recibir una contabilidad, debe firmar un Formulario de solicitud de contabilidad o comunicarse con nuestro Oficial de Cumplimiento Corporativo. Los formularios están disponibles en nuestro Oficial de Cumplimiento Corporativo. Estamos obligados a proporcionar una lista de nuestra divulgación, excepto lo siguiente:

- una. Para su tratamiento,
- B. Para facturar y cobrar el pago de su tratamiento,
- C. Para nuestras operaciones de atención médica,
- D. Hecho a usted o solicitado por usted, o que usted autorizó,
- mi. Ocurrendo como un subproducto de usos y divulgaciones permitidos,
- F. Hecho para personas involucradas en su cuidado,
- gramo. Permitido por la ley cuando el uso y la divulgación se relacionan con ciertas funciones gubernamentales específicas o se relacionan con instituciones correccionales y otras situaciones de custodia policial,
- h. Como parte de un conjunto limitado de información que no contiene cierta información que lo identificaría.

La lista incluirá la fecha de divulgación, el nombre de la persona que recibe la información, una breve descripción de la información divulgada y el propósito.

Si solicita un informe más de una vez cada doce (12 meses), es posible que le cobremos una tarifa para cubrir los costos de preparación del informe.

5. Derecho a solicitar la restricción de usos y divulgaciones

AVISO DE RECIBO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
POR
Primary Health Choice, Inc.

Excepto donde estamos obligados a revelar la información por la ley , necesarios para el tratamiento propósitos , o cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de usted u otras personas que tienen el derecho a solicitar una restricción o limitación a la información médica protegida que usamos o divulgamos sobre usted. Si paga por un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Cumpliremos con su solicitud a menos que una ley nos exija compartir esa información.

Puede cancelar las restricciones en cualquier momento. Además, podemos cancelar una restricción en cualquier momento siempre que le notifiquemos de la cancelación y continuemos aplicando la restricción a la información recopilada antes de la cancelación.

Para solicitar restricciones, debe enviar y firmar un consentimiento para la revocación de la autorización para la divulgación de información médica. La solicitud debe incluir la siguiente información :

- (1) Qué información desea limitar
- (2) Si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos
- (3) A quién desea que se apliquen los límites, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge

Para cierta información médica, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la elección de decirnos que:

- un. Comparta información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado.
- B. Comparta información en una situación de ayuda ante desastres
- C. Incluya su información en un directorio del hospital

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos , nunca compartimos su información a menos que nos dé su permiso por escrito:

- un. Fines de marketing
- B. Venta de su información
- C. La mayor parte del intercambio de notas de psicoterapia

En el caso de la recaudación de fondos:

- una. Es posible que nos comuniquemos con usted para recaudar fondos, pero usted nos informa que no lo contactemos nuevamente.

6. Derecho a solicitar un método alternativo de comunicación:

AVISO DE RECIBO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
POR
Primary Health Choice, Inc.

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre los servicios prestados (citas, etc.) de una manera determinada o en un lugar determinado. Por ejemplo, prefiere que solo nos comuniquemos con usted por teléfono a un número designado o enviando por correo toda la información escrita (notificación de citas, etc.) a una dirección que no sea su domicilio.

Si desea solicitar un método alternativo de comunicación, debe firmar un consentimiento para el Método alternativo de comunicación y especificar cómo o dónde desea ser contactado. Todas las solicitudes razonables serán atendidas.

7. Derecho a elegir a alguien para que actúe en su nombre:

Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Primary Health Choice, Inc. se asegurará de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de que tomemos cualquier medida.

IV. PUEDE PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad o si no está satisfecho con nuestras políticas o procedimientos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros o ante el gobierno federal. No tomaremos ninguna medida en su contra ni cambiaremos nuestro trato hacia usted de ninguna manera si presenta una queja.

Para presentar una queja por escrito, puede presentar su queja a su trabajador, su supervisor, el Oficial de Cumplimiento Corporativo o puede enviarla por correo a la siguiente dirección:

**Oficial de Cumplimiento Corporativo
Primary Health Choice, Inc.
219 West Broad Street
St. Pauls , NC 28384**

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para presentar una queja de derechos civiles, de conciencia o de libertad religiosa, o de privacidad de la información médica, puede enviar su queja por correo electrónico, llamar o enviar por fax a la información de contacto que aparece a continuación:

Barbara Stampul , gerente regional interina
Oficina de Derechos Civiles
Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 16T70
61 Forsyth Street, SW
Atlanta, GA 30303-8909
Teléfono de voz (800) 368-1019
FAX (202) 619-3818
TDD (800) 537-7697

AVISO DE RECIBO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
POR
Primary Health Choice, Inc.

CORREO ELECTRÓNICO: OCRMail@hhs.gov

Si presenta una queja, no tomaremos ninguna medida en su contra ni cambiaremos nuestro trato hacia usted de ninguna manera.

Nota: 1) Este aviso se publica en cada sitio de prestación de servicios de las instalaciones.

2) Está disponible a petición de cualquier persona.

3) Este aviso está disponible en el sitio web de la agencia:
<http://www.primaryhealthchoice.org>

AVISO DE RECIBO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
POR
Primary Health Choice, Inc.

AVISO DE RECIBO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
Reemplaza: 03/08/2011, 09/16/2013, 05/09/2014, 08/02/2021