

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.**

<b>I. LA LEY NOS REQUIERE PROTEGER SU INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA.</b>
---

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, reporting 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 H ay nos proporciona con una solicitud por escrito. Que m ay solicitar sus registros por signo ing un Un Formulario de Solicitud l 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 papel 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. Ocurriendo 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*