

South Central Colfax County Special Hospital District

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Effective April 14, 2003

**THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED
AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.
PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.**



www.phs.org

Presbyterian serves to improve the health of individuals, families and communities.



Dear Valued Customer:

A federal law has created new rights for customers of healthcare organizations. The law is called the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996. The law requires us to give you this *Notice of Privacy Practices*. This Notice tells you about your new rights and explains how we protect the privacy of your health information.

You may read this Notice now or at another time. This Notice explains:

- The ways that we use and share health information about you;
- When your health information may be used and shared without your permission. For example:
 - To provide healthcare treatment to you;
 - To pay or receive payment for healthcare services provided to you;
 - To operate our business; or
 - For other reasons described in this Notice.

Also, this Notice explains your health information rights, including:

- Your right to receive this Notice;
- Your right to receive your health information at a different telephone number, mailing address or other location;
- Your right to ask us to limit, or restrict, our use and sharing of your health information;
- Your right to see and get a copy of most health information about you;
- Your right to ask that we correct your health information in our records (if you think the information is not correct);
- Your right to receive a report that shows (with some exceptions) when your health information was used and shared without your permission; and
- Your right to file a complaint if you think your privacy rights have been violated.

At South Central Colfax County Special Hospital District, we are serious about protecting your privacy. We encourage you to read this Notice, and we ask that you keep this copy for your records. If you have questions about this Notice or would like more information about our privacy practices, please call us at (505) 923-8544.

Sincerely,

A handwritten signature in black ink that reads 'Jackson R. Ellison'.

Jackson R. Ellison
Vice President of Corporate Compliance and Chief Privacy Officer

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Effective April 14, 2003

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

The privacy practices of the South Central Colfax County Special Hospital District (“SCCCSHD”) and others that participate in organized health care arrangements with SCCCSHD are described in this *Notice of Privacy Practices*. Health information about you is contained in records that are the property of SCCCSHD, but the information in those records belongs to you. This Notice will help you better understand how we protect the privacy of your health information.

HOW WE PROTECT THE PRIVACY OF YOUR HEALTH INFORMATION

- Whenever possible, we use or share health information that doesn’t identify you.
- We have policies and procedures to protect the privacy of health information that does identify you.
- Your health information is only used or shared for SCCCSHD business.
- When a service involving your health information is being performed by a third party for SCCCSHD, we require a written agreement to protect the privacy of your health information.
- We have a training program to educate our employees and others about our privacy policies.

OUR RESPONSIBILITIES

- We are required by law to protect the privacy of your health information.
- We must provide patients, except inmates, with a notice that describes our legal duties and privacy practices regarding health information.
- We must follow the terms of the most current *Notice of Privacy Practices*.
- We are required to ask you for a written acknowledgement that you received our *Notice of Privacy Practices*.
- We must agree to reasonable requests to communicate health information to you in a certain way or at a certain location.
- We must tell you if we cannot agree to your request to limit our use or sharing of your health information.

YOUR HEALTH INFORMATION RIGHTS

The rights described below are subject to some limitations and conditions.

Legal Authority to Make Health Care Decisions for Minors or Others. Usually, the health information rights described in this Notice may be given to a person with legal authority to make health care decisions for a child or other person (for example, a parent or legal guardian). There are exceptions. For example, in New Mexico some health care services can be provided to a minor without the consent of a parent, guardian or other person. In these cases, the minor has the rights described in this Notice for health information related to the health care service provided.

Right to See and Get a Copy of Health Information. You have the right to see and get a copy of most of your health information. Usually, this information is contained in medical and billing records. You must make a request to see or get a copy of your health records in writing. For more information see the *How to Make a Request* section of this Notice.

We charge a reasonable fee for providing a copy, summary or explanation of the information you request. Before we provide the requested information, we will tell you how much it will cost. You may change your request to avoid or reduce the fee.

We may deny your request only for certain reasons. If your request is denied, you may request one review of this decision. A licensed health care professional who was not part of the original decision will decide if you may see or get a copy of your records.

Right to Amend Incorrect or Incomplete Health Information. We try to ensure that health information kept in our records is accurate and complete. However, occasionally a mistake can occur. You have the right to request that we change incorrect or incomplete health information in our records. You may be required to make your request in writing. If we require a written request, you must make the request on our form. For more information, see the *How to Make a Request* section of this Notice.

If your request is approved, you will be notified in writing. We will change the health information in our records and make a reasonable effort to get a written authorization from you to notify others of the change. We may deny your request if we believe that the information in our records is correct and complete. If your request is denied, you will be notified in writing of the reason for the denial and how you can disagree with our decision.

Right to Request Confidential Communications of Health Information. You have the right to request that we deliver health information to you in a certain way or at a certain location. For example, you may ask that we contact you by mail instead of by telephone. You may ask that information be discussed with you in a private area. You may ask that your bill be sent to a different address. You may be required to make your request in writing. We must agree to a reasonable request. We may deny your request if it is against the law or our policies.

Right to Request Restrictions of Your Health Information. You have the right to request that your health information is not used or shared for certain purposes. We are not required by law to agree to your request. For example, we are not required to honor a request to restrict health information needed to provide emergency treatment to you. We will not violate a restriction we have agreed to honor, except as permitted by law.

Right to Request an Accounting of Disclosures. You have the right to request an *Accounting of Disclosures Report*. This report will show when your health information was shared by us and others without your written authorization. This report will **not** include:

- When your health information was shared for purposes of treatment, payment, or health care operations;
- When unintentional sharing of your health information occurred as a result of something we are allowed to do by law (for example, someone may see your name on a sign-in sheet, your name may be called in a waiting room, or a conversation between yourself and a health care professional may be overheard by someone else);

- When your health information was given to you;
- When you signed a valid authorization to share the information;
- When your health information was shared from our facility directories; or to people involved in your care (such as a family member) and for other purposes after you were given an opportunity to object to sharing the information;
- When your health information was shared with correctional institutions or certain law enforcement officials while you were under their control;
- When your health information was shared for research purposes (we will provide a list of research protocols or activities where your health information may or may not have been shared);
- When your health information was shared for national security or intelligence purposes; or
- When we have been asked by a health oversight agency or law enforcement official to temporarily suspend your right to know if your health information has been shared with them (for example, to investigate fraud and abuse).

You must use our form to request an *Accounting of Disclosures Report*. Your request must include the time period you want the report to cover. The time period cannot include any dates before April 14, 2003 or dates more than six years before the date of your request. For more information see the *How to Make a Request* section of this Notice.

The first report that we provide to you in any consecutive 12-month period is free. We charge a reasonable fee for any additional reports requested within the same 12-month period. We will tell you how much each additional report will cost. You may change your request to avoid or reduce this fee.

Right to Receive a Paper Copy of this Notice. You have a right to receive a paper copy of this *Notice of Privacy Practices*, even if you already agreed to receive an electronic copy.

WHEN YOU MAY RESTRICT THE USE OR SHARING OF YOUR HEALTH INFORMATION

We will honor a request to restrict the use or sharing of your health information for the following purposes:

Facility Directory. Unless you tell us that you object, we will use your name, your location in our facility, your general medical condition and your religious preference as directory information. Directory information may be shared with members of the clergy of your faith. Directory information, except religion, may also be shared with people who ask about you by name. We do not share directory information of behavioral health patients, except in very limited circumstances. We will give you an opportunity to object to sharing directory information if you are able and available. If you do not want us to share some or all of this information, you must tell us which information you do not want shared.

Notification and Communication with Family or Others Involved in Your Care. Unless you tell us that you object, we may share your health information in order to notify, or assist in notifying, a family member, your personal representative, or another person responsible for your care about your location, general condition or death. We will give you the opportunity to object prior to making this notification if you are able and available. If you are unable or unavailable to object, health professionals will use their best judgment in communicating with your family and others. We do not share health information of behavioral health patients, except in very limited circumstances.

Disaster Relief Activities. Unless you tell us that you object, we may use and share your health information with a public or private organization legally authorized to assist in disaster relief efforts so that your family can be notified about your condition, status and location.

Fundraising. You may be contacted to raise funds for Presbyterian Healthcare Services (“Presbyterian”), the manager of SCCCSHD. The money raised through Presbyterian’s fundraising activities is used for health care services and educational programs provided to the community. All fundraising materials will describe how to make a request that future materials not be sent to you. You must make your request in writing. For more information see the *How to Make a Request* section of this Notice.

WHEN A WRITTEN AUTHORIZATION IS REQUIRED TO USE OR SHARE HEALTH INFORMATION

We will not use or share your health information without your written authorization unless required by law or as described in this *Notice of Privacy Practices*. You may cancel an authorization in writing at any time, except to the extent we have already taken action according to the authorization.

Marketing. We do not sell your health information to anyone. Usually, we do not use or share your health information for marketing purposes without a written authorization from you. There are two exceptions. We do not need your authorization when we have a face-to-face conversation with you. We do not need your authorization to give you a promotional gift of little or no monetary value. If a marketing activity involves any direct or indirect payment to SCCCSHD or Presbyterian from a third party, the authorization you will be asked to sign will state that fact.

Some communications are **not** considered marketing under the law. We do not need your written authorization to tell you about:

- The health care providers and health plans that participate in our network;
- Products or services offered by SCCCSHD or Presbyterian when acting as the manager of SCCCSHD;
- Your treatment;
- Case management or coordination of your care;
- Recommendations for other treatments; or
- Opportunities to participate in clinical trials (unless you will be contacted by a third party).

Research. With your written authorization, we may share your health information with researchers conducting research that has been approved by the Presbyterian Healthcare Services’ Institutional Review Board or another privacy board. A valid authorization must be for a specific research project and not for future unspecified research.

WHEN HEALTH INFORMATION CAN BE USED OR SHARED WITHOUT A WRITTEN AUTHORIZATION

The law either allows or requires your health information to be used or shared without your written authorization for the following reasons:

Emergency Situations. We will use professional judgment to decide if sharing your health information is in your best interest during a health emergency or when you are incapacitated.

For Treatment. We use and share your health information in order to provide medical treatment to you. For example, your health information may be shared with doctors, dentists, pharmacies, hospitals or other caregivers that provide treatment to you. Your health information may be used or shared to refer you to other health care providers or to coordinate your care.

To Receive Payment for Treatment and Services. We use and share your health information in order to receive payment for the treatment and services provided to you. For example:

- Information on or accompanying your bill for treatment and services will identify you and may include your diagnosis, medical procedures or supplies used.
- We may send a bill for treatment and services to you or a third-party payor, such as your insurance company or health plan.
- We may share your health information to obtain prior authorization from your health plan for a treatment.
- We may share your health information to determine if your health plan covers the cost of a treatment.
- We may share your health information with another health care provider or health plan that has provided services to you so they can receive payment.

For Health Care Operations. We use and share health information in order to operate our business and deliver quality care and services to our patients. Your health information may also be shared with members of an organized health care arrangement (OHCA) with SCCCSHD as described in this Notice. For example, your health information may be used or shared to:

- Evaluate the performance of employees, providers and staff;
- Determine the quality of care provided to our patients;
- Determine if you received appropriate services;
- Evaluate outcomes in your case and similar cases;
- Determine how to improve the quality and effectiveness of the health care services we provide and reduce health care costs;
- Conduct disease management programs for chronic conditions such as asthma and diabetes to improve health;
- Coordinate care you receive from different health care providers;
- Train our employees, providers and others;
- Detect and investigate fraud and abuse; and
- Conduct other activities relating to our business.

We may share your health information with another health care provider, health plan or clearinghouse for certain health care operations activities of the receiver of the information if they have, or had, a relationship with you (for example, to conduct quality assurance, accreditation, or fraud and abuse audits).

When Required by Law. We will use and share your health information when required by federal, state or local law.

Public Health Activities. We may share your health information with public health authorities to ensure the public welfare. For example, your health information may be shared to:

- Prevent or control disease, injury or disability;
- Report births and deaths;
- Report child abuse or neglect; domestic violence; disease or infection exposure; or

- Report problems with products or reactions to medications regulated by the Food and Drug Administration (FDA).

Health Oversight Activities. Your health information may be shared with health oversight agencies that have authority to monitor SCCCSHD's activities. For example, your health information may be shared with the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS).

Legal and Administrative Proceedings. Your health information may be shared as part of an administrative or legal proceeding. For example, your health information may be shared in court or at a hearing.

Law Enforcement. If a law enforcement official asks, we may share health information:

- To identify or locate a suspect, fugitive, material witness or missing person;
- About the victim of a crime (if we are unable to get the person's agreement because a health emergency exists or the person is incapacitated);
- About a death we believe may be the result of a crime;
- About a crime we believe occurred on our premises; or
- Required by a court order, subpoena, warrant, summons or other legal document.

Coroners, Medical Examiners and Funeral Directors. The health information of a dead person may be shared with coroners, medical examiners and funeral directors so they can carry out their duties.

Organ and Tissue Donation. Your health information may be shared with organizations that obtain, store or transplant human organs and tissues.

Public Safety. Your health information may be shared to prevent or lessen a serious and immediate threat to the health or safety of any person or the general public.

Special Government Functions. Your health information may be shared with federal officials for national security purposes authorized by law. For example, to protect the President of the United States, foreign heads of state or others. Your health information may also be shared as part of special investigations or other national security activities. We may share health information of military personnel if military command authorities have decided the information is necessary for military missions.

Correctional Institutions. If you are an inmate, your health information may be shared with correctional institutions or law enforcement officials in order to protect your health, or the health and safety of others.

Worker's Compensation. Your health information may be used or shared as required by worker's compensation laws.

Change of Ownership. If SCCCSHD is sold or merged with another organization, your health information and records will become the property of the new owner.

Appointment Reminders. We may contact you to remind you about a scheduled appointment. We may also contact you to remind you to schedule a regular checkup or procedure such as a mammogram. We may contact you by telephone or send a reminder in the mail.

Health-related Communications. We may tell you about treatment alternatives or other health-related benefits and services that you may be interested in. We may contact you by telephone or mail. For example, we may send you newsletters describing health-related information and treatment options, disease-management or wellness programs, or other community-based activities in which SCCCSHD participates.

Limited Data Set. The law allows us to use or share health information where most, but not all, information that could be used to identify you has been removed for certain limited purposes. This information may be used or shared only for purposes of research, public health or health care operations. We require a written agreement with the receiver of the information that outlines how this information may be used or shared under federal privacy law.

Secretary of Health and Human Services. We are required by law to share health information with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services (HHS) when HHS requests the health information to determine our compliance with privacy law.

CHANGES TO THIS NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

SCCCSHD reserves the right to change the privacy practices described in this Notice at any time. If the terms of this Notice change, a new Notice will be promptly published. The new Notice will be posted in our facilities and on our web site. The new Notice will be given to you upon request and as required by law. The terms described in the new Notice will apply to all health information maintained by SCCCSHD.

Electronic Notice

You may obtain an electronic copy of this Notice from our web site at www.phs.org.

ORGANIZED HEALTH CARE ARRANGEMENTS AND JOINT NOTICE

The law allows members of an OHCA to share your health information with each other for certain purposes. Health information may be shared for treatment, to receive payment for services or for the health care operations of the OHCA. The following OHCA members have agreed to follow the privacy practices described in this *Notice of Privacy Practices*:

- South Central Colfax County Special Hospital District – which includes:
 - Colfax General Long-Term Care, Springer, NM;
 - Colfax Laboratory Services, Springer, NM;
 - Cimarron Healthcare Clinic, Cimarron, NM;
 - Moreno Valley Healthcare Clinic, Angel Fire, NM;
- Healthcare providers who provide services in our facilities, only to the extent the records of such services are maintained by SCCCSHD.

OTHER PARTICIPANTS IN OUR ORGANIZED HEALTH CARE ARRANGEMENT

The following also participate in organized health care arrangements (OHCA) with SCCCSHD. Please note that their privacy practices are described in their own *Notice(s) of Privacy Practices*:

- Members of our Medical Staff
- Presbyterian Healthcare Services

HOW TO MAKE A REQUEST

For information on how to request to see, obtain a copy, or amend health information contained in Presbyterian's records, or to request an *Accounting of Disclosures Report*, you may contact us at:

South Central Colfax County Special Hospital District
Attn: Director of Medical Records
P.O. Box 458
Springer, NM 87747

(505) 483-3300 In Springer, NM
(800) 431-3423 Outside Springer, NM

Address your request that fundraising materials not be sent to you to:

Presbyterian Healthcare Foundation
Attn: Executive Director and Vice President
P.O. Box 26666
Albuquerque, NM 87125-6666

TO FILE A COMPLAINT ABOUT OUR PRIVACY PRACTICES

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with Presbyterian or the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services. You will not be penalized or retaliated against for filing a complaint. To file a complaint with Presbyterian, call (888) 435-4361.

FOR MORE INFORMATION

If you have questions about this Notice or would like more information about SCCCSHD's privacy practices, please contact Presbyterian's Corporate Compliance Department at (505) 923-8544.

South Central Colfax County Special Hospital District

NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE RESPETO DE LA VIDA PRIVADA

En vigencia a partir del 14 de abril de 2003

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE LA MANERA EN QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALA CUIDADOSAMENTE.



www.phs.org

Presbyterian sirve con el fin de mejorar la salud de los individuos, las familias y las comunidades.

Estimado y valioso cliente,

Una ley federal ha creado nuevos derechos para los clientes de organizaciones de cuidado a la salud. A esta ley se le llama Ley de 1996 Sobre Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos, (en inglés, Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996). Esta ley requiere que le demos a usted esta Notificación Sobre Prácticas de Respeto De la Vida Privada, la cual le informa acerca de sus nuevos derechos y le explica cómo protegemos el derecho que usted tiene a que se respete su vida privada, incluyendo todo lo referente a su información médica.

Usted puede leer esta Notificación ahora mismo, o en otro momento. En esta Notificación se le explica lo siguiente:

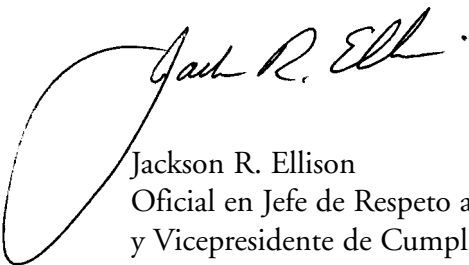
- Las maneras en las que utilizamos y compartimos la información médica acerca de usted.
- Las ocasiones en las que la información sobre su salud puede ser utilizada y compartida sin que usted lo autorice, por ejemplo:
 - Para proporcionarle tratamiento de cuidado a la salud;
 - Para hacer o recibir un pago por servicios de cuidado a la salud que hayan sido proporcionados a usted;
 - Para las operaciones de nuestro negocio;
 - Por otras razones descritas en esta Notificación.

Igualmente, esta Notificación describe los derechos que usted tiene en cuanto a la información de su salud, incluyendo:

- Su derecho a recibir esta Notificación;
- Su derecho a recibir información sobre su salud en un diferente número telefónico, domicilio o ubicación;
- Su derecho a pedirnos que limitemos o restrinjamos la forma en que utilizamos o compartimos la información sobre su salud;
- Su derecho a ver y obtener una copia de la mayor parte de la información acerca de su salud;
- Su derecho a pedirnos que corriamos la información sobre usted en nuestros expedientes (si usted piensa que dicha información no es correcta);
- Su derecho a recibir un reporte que muestra (con algunas excepciones) las ocasiones en las que se ha utilizado y compartido la información sobre su salud, sin que usted haya tenido que dar permiso; y
- Su derecho a presentar una queja si piensa que se han infringido sus derechos al respeto de la vida privada.

En South Central Colfax County Special Hospital District, tomamos muy en serio la protección de su derecho al respeto de la vida privada. Le recomendamos que lea esta Notificación y le pedimos que conserve una copia para sus archivos personales. Si tiene alguna pregunta acerca de esta Notificación, o si desea recibir más información respecto a nuestras prácticas de respeto a la vida privada, favor de llamar a nuestro Departamento de Cumplimiento de Normas al (505) 923-8544.

Atentamente,



Jackson R. Ellison
Oficial en Jefe de Respeto a la Vida Privada
y Vicepresidente de Cumplimiento de Normas Corporativas

NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE RESPETO DE LA VIDA PRIVADA

En vigencia a partir del 14 de abril de 2003

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE LA MANERA EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED. FAVOR DE LEERLA CUIDADOSAMENTE.

Las prácticas de respeto a la vida privada de South Central Colfax County Special Hospital District (“SCCCSHD”) y otras organizaciones que participan en acuerdos organizados sobre cuidado a la salud con SCCCSHD están descritas en esta *Notificación Sobre Prácticas de Respeto a la Vida Privada*. La información sobre su salud se mantiene en registros que son propiedad de SCCCSHD, pero la información contenida en dichos registros le pertenece a usted. Esta Notificación le ayudará a entender cómo protegemos ese derecho que usted tiene al respeto de su vida privada, incluyendo la confidencialidad de su historial de salud.

CÓMO PROTEGEMOS LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD PARA MANTENERLA EN PRIVADO

- Dentro de lo posible, compartimos información de salud que no le identifica a usted directamente.
- Tenemos políticas y procedimientos para proteger su derecho al respeto de la vida privada si por algún motivo compartimos información de salud que le identifique directamente.
- La información sobre su salud solamente es utilizada y compartida para asuntos de SCCCSHD.
- Cuando debido a un servicio que se esté llevando a cabo por una tercera parte a nombre de SCCCSHD, se necesite información sobre su salud, requerimos la firma de un acuerdo para proteger la confidencialidad de dicha información.
- Tenemos un programa de capacitación para nuestros empleados y otros respecto a nuestras prácticas y políticas sobre el respeto de la vida privada.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Por ley se nos requiere proteger el derecho que usted tiene al respeto de su vida privada y confidencialidad de su información de salud.
- Debemos proporcionar a los pacientes, con excepción a quienes estén encarcelados, una notificación que describe nuestras obligaciones legales y prácticas sobre el respeto a la vida privada en lo que se refiere a información sobre su salud.
- Debemos seguir los términos de nuestra más reciente *Notificación Sobre Prácticas de Respeto a la Vida Privada*.
- Se nos requiere que le pidamos que nos firme un acuse de recibo de nuestra *Notificación Sobre Prácticas de Respeto a la Vida Privada*.
- Debemos intentar cumplir cualquier petición razonable por parte de usted de comunicarle información sobre su salud de una manera específica o en un lugar específico.
- Debemos informarle si no podemos cumplir con su petición de que limitemos nuestro uso o no compartamos la información sobre su salud.

SUS DERECHOS RESPECTO A LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Los derechos abajo descritos están sujetos a ciertas limitaciones y condiciones.

Autoridad Legal para Tomar Decisiones de Cuidado a la Salud a Nombre de Menores u Otros. Generalmente, los derechos respecto a información de salud descritos en esta Notificación podrán otorgarse a una persona que tenga autoridad legal para tomar decisiones sobre el cuidado a la salud a nombre de un menor u otra persona (por ejemplo, un padre o tutor legal). Existen algunas excepciones. Por ejemplo, en Nuevo Mexico, se pueden proporcionar algunos servicios de salud a un menor sin el consentimiento del padre, guardián u otra persona. En estos casos, el menor tiene los derechos descritos en esta Notificación en lo que se refiere a información de salud relacionada con el servicio de cuidado a la salud proporcionado.

Derecho a Ver y Obtener una Copia de la Información Sobre su Salud. Usted tiene el derecho a ver y obtener una copia de casi toda la información sobre su salud. Generalmente, esta información se mantiene en nuestros expedientes médicos y de facturación. Usted debe hacer una petición por escrito para ver u obtener una copia de su historial de salud. Para mayores detalles, favor de referirse a la sección de *Cómo Hacer una Petición* de esta Notificación.

Cobramos una cuota razonable por cada copia, resumen o explicación de la información que usted pida. Antes de proporcionarle la información solicitada, le informaremos del costo de esta cuota. Usted puede cambiar su petición para evitar o reducir esta cuota.

En algunos casos, y por ciertas razones, podremos negarnos a darle la información solicitada. Si su petición es negada, usted puede pedir una revisión de esta decisión. Un profesional del cuidado a la salud certificado que no haya tenido que ver con la petición original se encargará de decidir si usted puede ver o recibir dicha información.

Derecho a Enmiendas o Correcciones a Información de Salud Incompleta o Incorrecta. Nos esforzamos por que toda información que se mantenga en nuestros expedientes sea correcta y completa. Sin embargo, ocasionalmente puede ocurrir algún error. Usted tiene derecho a pedir que hagamos correcciones o enmiendas a dicha información. Si se requiere que esta petición sea por escrito, deberá ser en nuestros formularios establecidos. Para mayores informes, favor de referirse a la sección de *Cómo Hacer una Petición* de la presente Notificación.

Si su petición es aprobada, se le notificará por escrito. Cambiaremos la información de salud en nuestros expedientes y haremos un esfuerzo razonable por obtener autorización por escrito de usted para informar a otros de dichos cambios. Es posible que le neguemos su petición, si a nuestro parecer la información contenida en el expediente es correcta y está completa. Es posible que le neguemos su petición. Si le negamos su petición, se lo informaremos por escrito. Igualmente, le daremos la razón de esta negativa y le informaremos de su derecho a estar en desacuerdo con esta decisión.

Derecho a Pedir Comunicaciones Confidenciales sobre Información de Salud. Usted tiene el derecho a pedir que le entreguemos información de salud de una manera específica o en un lugar específico. Por ejemplo, puede pedirnos que nos comuniquemos con usted por correo y no por teléfono. Puede ser que Ud. pida que dicha información sea proporcionada a usted en un lugar privado. Tal vez tenga que hacer esta petición por escrito. Nosotros debemos de estar de acuerdo en cumplir con una petición razonable. Podemos negar dicha petición si ésta va en contra de la ley o nuestras políticas y reglamento.

Derecho a Pedir Restricciones a la Información de su Salud. Usted tiene derecho a pedir que la información sobre su salud no se use ni comparta para ciertos propósitos. No se nos exige por ley cumplir con dicha petición. Por ejemplo, no se nos requiere aceptar una petición de restringir el uso de la información sobre su

salud que se necesite para proporcionarle tratamiento en una situación de emergencia. No quebrantaremos ninguna restricción a la que nos hayamos comprometido, exceptuando lo permitido por la ley.

Derecho a Pedir una Relación de Divulgación. Usted tiene derecho a solicitar un Reporte de Relación de Divulgación. Este Reporte mostrará por escrito las veces en las que su información de salud ha sido compartida por otros sin necesidad de su autorización. ESTE REPORTE no incluirá:

- Cuándo se ha compartido la información sobre su salud para fines de tratamiento, pagos u operaciones de cuidado a la salud;
- Cuándo en forma no intencional se ha compartido información sobre su salud como resultado de algo que se nos permita por ley. (por ejemplo, alguien puede ver el nombre de usted en una hoja de firmas, su nombre puede ser dicho por el altavoz de la sala de espera, o una conversación entre usted y un profesional del cuidado a la salud pudiera haber sido escuchada por alguien más)
- Datos de cuándo esa información ha sido proporcionada a usted
- Cuándo ha firmado usted la autorización para compartir dicha información;
- Cuándo la información sobre su salud ha sido compartida por nuestros directorios; o a personas encargadas de su cuidado (como algún familiar) y para otros propósitos después de habersele dado la oportunidad de hacer una objeción;
- Cuándo la información de su salud ha sido compartida con instituciones correccionales o ciertos oficiales de la ley al haber estado usted bajo su control;
- Cuándo se ha compartido esta información con fines de investigación, proporcionaremos una lista de los protocolos o actividades en las que su información haya podido o ser compartida;
- Cuándo su información de salud ha sido compartida por razones de seguridad nacional o propósitos de inteligencia; o
- Cuándo nos ha pedido una agencia de verificación o un oficial de la ley que temporalmente suspendamos su derecho a saber si su información de salud ha sido compartida con ellos (por ejemplo, para investigar fraude y abuso).

Usted debe hacer uso de nuestra forma para pedir un Reporte de Relación de Divulgación. Su petición deberá incluir el período de tiempo que usted desea que cubra el reporte. El período de tiempo no puede incluir ninguna fecha anterior al 14 de abril de 2003 ni fechas de más de seis años antes de la fecha de su petición. Para mayores detalles, favor de referirse a la sección de *Cómo Hacer una Petición* de esta Notificación.

El primer reporte que le proporcionemos en cualquier período consecutivo de 12 meses es gratuito. Cobramos una cuota razonable por cualquier reporte adicional pedido dentro del mismo período de 12 meses. Le informaremos cuánto costará cada reporte adicional. Usted puede cambiar su petición para reducir o evitar esta cuota.

Derecho a Recibir Copia Impresa de Esta Notificación. Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de esta *Notificación Sobre Prácticas de Respeto a la Vida Privada* aun cuando ya haya estado de acuerdo en recibir una copia electrónica.

CUÁNDO USTED PUEDE LIMITAR QUE LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD SEA UTILIZADA O COMPARTIDA

Cumpliremos con una petición de restringir el usar o compartir su información de salud en lo que se refiere a:

Directorio de la Institución. A menos que usted nos diga que no esta de acuerdo, utilizaremos su nombre, su localización en nuestra institución, su condición médica general y su preferencia religiosa como parte de la información de nuestro directorio. Esta información puede ser compartida con los miembros del clero de su fe. La información del directorio, a excepción de su religión, puede ser también compartida con quien quiera que nos pregunte por usted de nombre. No compartimos la información de salud de nuestros pacientes de salud conductual, con excepción de circunstancias muy limitadas. Le daremos la oportunidad de rehusarse a compartir esta información, siempre que usted tenga capacidad para hacerlo. Si usted no desea que esta información, total o parcial, sea compartida, nos debe decir cuál es la información que no desea compartir.

Notificación y Comunicación con Familiares y Otros que Tienen que Ver con su Cuidado. A menos que usted nos diga que no está de acuerdo, podremos compartir la información sobre su salud con el fin de notificar o asistir en la notificación a un miembro de su familia, su representante personal o cualquiera otra persona responsable de su cuidado acerca de su localización, condición general o fallecimiento. Le daremos la oportunidad de rehusarse a compartir esta información, siempre que usted tenga capacidad para hacerlo. En caso de no tener capacidad para presentar una objeción, los profesionales de la salud harán uso de su mejor juicio al comunicarse con sus familiares y otros. No compartimos la información de salud de nuestros pacientes de salud conductual, con excepción de circunstancias muy limitadas.

Actividades de Alivio en Caso de Desastre. A menos de que usted nos diga que tiene alguna objeción, podemos utilizar y compartir la información sobre su salud con una organización privada o pública que tenga autorización para asistir en esfuerzos de alivio en caso de desastre, para que sus familiares puedan ser notificados acerca de su estado de salud, condición y localización.

Campañas para Recabar Fondos. Nos podemos comunicar con usted para recabar fondos para Presbyterian Healthcare Services, (“Presbyterian”), organización administradora de SCCCSHD. El dinero obtenido durante las actividades para recabar fondos de Presbyterian es utilizado para servicios de cuidado a la salud y programas educativos que se proporcionan a la comunidad. Todos los materiales de la campaña describen la manera en que usted puede solicitar que no se le envíe este tipo de materiales en el futuro. Usted deberá hacer su petición por escrito. Para mayores detalles, favor de referirse a la sección de *Cómo Hacer una Petición* de esta Notificación.

CUÁNDO SE REQUIERE AUTORIZACIÓN POR ESCRITO PARA USAR O COMPARTIR INFORMACIÓN

No utilizaremos ni compartiremos la información sobre su salud sin su autorización por escrito a menos que se requiera por ley o como se encuentre descrito en esta *Notificación*. Usted puede cancelar una autorización por escrito en cualquier momento, exceptuando el grado hasta el cual hayamos ya tomado acción respecto a dicha autorización.

Mercadeo o “Marketing”. No le vendemos a nadie la información sobre su salud. Generalmente, no utilizamos ni compartimos la información sobre su salud con fines de mercadeo sin una autorización por escrito de usted. Existen dos excepciones. No necesitamos su autorización cuando tenemos una conversación en persona con usted. Tampoco necesitamos su autorización para dar un regalo de promoción cuyo valor monetario sea mínimo o nulo. Si una actividad de mercadeo requiere de pago directo o indirecto a SCCCSHD o Presbyterian por parte de terceros, la autorización que se le va a pedir que firme deberá indicar ese hecho.

Algunos mensajes **no** son considerados como “marketing” según la ley. Por ejemplo, no necesitamos su autorización por escrito para hablarle de:

- Los proveedores de cuidado a la salud y planes de salud que participan en nuestra red;
- Productos y servicios ofrecidos por SCCCSHD o Presbyterian al actuar como administradora de SCCCSHD;
- Su tratamiento;
- Administración de caso o coordinación de su cuidado;
- Recomendaciones para otros tratamientos; o de
- Oportunidades para participar en programas clínicos de prueba (a menos de que se lo pida una tercera parte).

Investigación. Con su autorización por escrito, podemos compartir la información sobre su salud con investigadores que estén llevando a cabo estudios aprobados por la Junta de Revisión Institucional de Presbyterian o cualquier otra junta de respeto a la vida privada. Para que la autorización sea válida deberá ser para un proyecto específico de investigación y no para investigación futura no especificada.

CUÁNDO SE PUEDE UTILIZAR O COMPARTIR LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD SIN AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

La ley permite o requiere que la información sobre su salud sea utilizada o compartida sin autorización por escrito para los siguientes fines:

Emergency Situations. Para Situaciones de Emergencia o Urgencia.

Para Tratamiento. Utilizamos o compartimos la información sobre su salud para poder proporcionarle tratamiento médico. Por ejemplo, la información sobre su salud puede ser compartida con médicos, dentistas, farmacias, hospitales u otro personal del cuidado a la salud que le proporcionan tratamiento. La información sobre su salud puede ser utilizada o compartida para referirle a otros proveedores de cuidados a la salud o para coordinar su cuidado.

Para Recibir Pago por Tratamientos o Servicios. Utilizamos o compartimos la información sobre su salud con el fin de recibir el pago por tratamientos o servicios que se le hayan proporcionado. Por ejemplo:

- La información que viene anexa a o incluida en su factura por tratamiento y servicios le identificará a usted y podría incluir su diagnóstico, procedimientos médicos o provisiones usadas.
- Podemos enviarle una factura por tratamiento y servicios a usted o a una tercera parte encargada del pago, por ejemplo una aseguradora o plan de salud.
- Podemos compartir la información sobre su salud para obtener previa autorización de su plan de salud para un tratamiento.
- Podemos compartir la información sobre su salud para determinar si su plan de salud cubre o no el costo de algún tratamiento.
- Podemos compartir la información sobre su salud con algún otro proveedor de servicios de salud o plan de salud que le haya dado servicios a usted, para que reciban el pago de los mismos.

Para Operaciones de Cuidado a la Salud. Utilizamos y compartimos información sobre salud para poder operar el aspecto de negocios de nuestra organización y dar cuidado y servicio de calidad a los miembros de nuestro plan. La información sobre su salud también podrá ser compartida con miembros de un Acuerdo Organizado de Cuidado a la Salud (OHCA por sus siglas en inglés) con SCCCSHD tal como se describe en esta Notificación. Por ejemplo, la información sobre su salud puede ser utilizada o compartida para:

- Evaluar el desempeño de los empleados, proveedores y personal
- Determinar la calidad del cuidado otorgado a nuestros pacientes;
- Determinar si usted recibió los servicios adecuados;
- Evaluar resultados en su caso y casos similares;
- Determinar cómo mejorar la calidad y eficacia de los servicios de cuidado a la salud que proporcionamos y reducir costos de cuidados a la salud;
- Llevar a cabo programas de manejo de enfermedades para condiciones crónicas como asma o diabetes para mejorar la salud;
- Coordinar el cuidado que usted recibe de diferentes proveedores de servicios de salud
- Capacitar a nuestros empleados médicos, proveedores y otros;
- Detectar e investigar fraude y abuso; y
- Llevar a cabo otras actividades relacionadas con nuestro negocio.

Podemos compartir la información sobre su salud con otro proveedor de cuidado a la salud, plan de salud o centro de distribución para ciertas actividades de operaciones de cuidado a la salud del receptor de la información, si éstos tienen, o han tenido, una relación con usted (por ejemplo, para llevar a cabo auditorías relacionadas con aseguramiento de la calidad, acreditación o fraude y abuso).

Cuando lo Requiera la Ley. Utilizaremos y compartiremos la información sobre su salud cuando así lo requiera la ley federal, estatal o local.

Actividades de Salud Pública. Compartiremos la información sobre su salud con las autoridades de salud pública para asegurar el bienestar público. Por ejemplo, la información sobre su salud puede ser compartida para:

- Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad;
- Reportar nacimientos y defunciones
- Reportar maltrato de menores o negligencia; violencia doméstica; enfermedad o exposición a infección; y
- Reportar problemas con productos o reacciones a medicamentos regulados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA)

Actividades de Supervisión de Salud. La información sobre su salud puede ser compartida con agencias que regulan o supervisan las actividades de cuidado a la salud que tengan autorización para monitorear las actividades de SCCCSHD. Por ejemplo, la información sobre su salud puede ser compartida con los Centros para Servicios Medicare y Medicaid (CMS).

Procedimientos Legales y Administrativos. La información sobre su salud puede ser compartida como parte de un procedimiento administrativo o legal.

Cumplimiento de la Ley. Si así lo pide un oficial del cumplimiento de la ley, tal vez compartamos información sobre la salud:

- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona extraviada;
- Para investigar acerca de la víctima de un crimen (si no podemos obtener autorización de la persona debido a una emergencia de salud o incapacidad);
- Para investigar acerca de un fallecimiento que a nuestro parecer pudiera haber sido resultado de un crimen;
- Para investigar acerca de un crimen que a nuestro parecer haya sucedido en nuestras instalaciones
- Según sea ordenado por la ley, ya sea por orden judicial, auto de formal prisión, orden de arresto u otro documento legal.

Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias. La información de salud de una persona fallecida puede ser utilizada y compartida con médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias para que puedan llevar a cabo sus obligaciones.

Donación de Órganos y Tejidos. La información de su salud puede ser compartida por organizaciones que obtengan, almacenen o trasplanten órganos y tejidos humanos.

Seguridad Pública. La información puede ser compartida para prevenir o mitigar una amenaza seria a la salud o seguridad de cualquier persona o del público en general.

Funciones Especiales del Gobierno. La información sobre su salud puede ser compartida con oficiales federales para fines de seguridad nacional autorizados por la ley. Por ejemplo, para proteger al Presidente de los Estados Unidos, Jefes de Estado extranjeros y otros. La información sobre su salud también puede ser compartida como parte de alguna actividad de investigación especial o seguridad nacional. Podemos compartir la información sobre la salud de personal militar, si las autoridades correspondientes han decidido que dicha información es necesaria para misiones militares.

Instituciones Correccionales. Si usted se encuentra internado en un reclusorio, su información se puede compartir con instituciones correccionales o con oficiales de la ley con el fin de proteger su salud, o la salud o seguridad de otros.

Compensación al Trabajador. La información sobre su salud puede ser utilizada o compartida según se requiera para el cumplimiento de leyes de compensación al trabajador.

Cambio de Propietario. Si SCCCSHD se vendiera o fusionara con otra organización, los expedientes que contienen información sobre la salud de usted pasarían a ser propiedad del nuevo dueño.

Recordatorios de Citas. Nos podemos comunicar con usted para recordarle de alguna cita programada. También nos podemos comunicar con usted para programar un chequeo regular o procedimiento, como una mamografía. Podemos comunicarnos con usted por teléfono o por correo.

Comunicaciones Relacionadas con la Salud. Podemos decirle acerca de alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que le pudieran interesar. Nos podemos comunicar con usted por teléfono o por correo. Por ejemplo, podemos enviarle boletines en los que se describa información relacionada con la salud o con opciones de tratamiento, manejo de enfermedades o programas de bienestar. u otras actividades basadas en la comunidad en las que SCCCSHD participe.

Estipulación de Datos Limitados. La ley nos permite utilizar o compartir información de salud en donde casi toda la información que pudiera identificarle a usted haya sido removida para ciertos fines limitados. Esta información podrá ser utilizada solamente para fines de operaciones de investigación, salud pública o cuidado a la salud. Requerimos de un acuerdo por escrito con quien vaya a recibir la información en el que se describa la manera en la que esta información puede ser utilizada o compartida bajo la ley federal sobre el respeto a la vida privada e intimidad.

Secretario de Salud y Servicios Humanos. Se nos requiere por ley compartir información de salud con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) cuando dicha entidad gubernamental pida información para determinar si estamos cumpliendo con la ley de respeto a la vida privada.

CAMBIOS A ESTA NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE RESPETO A LA VIDA PRIVADA

SCCCSHD se reserva el derecho a cambiar las prácticas sobre respeto a la vida privada aquí descritas en cualquier momento. Si los términos de esta Notificación cambian, se emitirá y publicará una nueva Notificación a la mayor brevedad posible. La nueva Notificación será colocada en un lugar visible de nuestras instalaciones y en nuestro sitio Web. Se le dará a usted una nueva Notificación en cuanto nos la pida y según lo requiera la ley. Los términos descritos en la nueva Notificación se aplicarán a toda la información de salud conservada por SCCCSHD.

Notificación Electrónica.

Usted puede obtener una copia electrónica de esta Notificación en nuestro Sitio Web, www.phs.org.

ACUERDOS ORGANIZADOS DE CUIDADO A LA SALUD

La ley permite a los miembros de un acuerdo organizado de cuidado a la salud (OHCA) compartir entre sí la información de salud de usted para ciertos propósitos. La información de salud puede ser compartida para tratamiento, para recibir pago por servicios o para las operaciones de cuidado a la salud del OHCA. Los siguientes miembros de OHCA han aceptado seguir las prácticas de respeto a la vida privada descritas en esta *Notificación Sobre Prácticas de Respeto a la Vida Privada*:

- El Distrito de Hospitales South Central Colfax County Special Hospital District – que incluye:
 - Colfax General Long-Term Care, Springer, NM;
 - Colfax Laboratory Services, Springer, NM;
 - Cimarron Healthcare Clinic, Cimarron, NM;
 - Moreno Valley Healthcare Clinic, Angel Fire, NM;
- Proveedores de cuidado a la salud que presten servicios en nuestras instalaciones, solamente al grado en que los registros de dichos servicios sean mantenidos por SCCCSHD.

OTROS PARTICIPANTES EN NUESTRO ACUERDO ORGANIZADO DE CUIDADO A LA SALUD

Las siguientes organizaciones también participan en acuerdos organizados de cuidado a la salud (OHCA) con SCCCSHD. Favor de notar que nuestras prácticas de respeto a la vida privada están descritas en sus propias *Notificaciones Sobre Prácticas de Respeto a la Vida Privada*:

- Miembros de Nuestro Personal Médico
- Presbyterian Healthcare Services

CÓMO HACER UNA PETICIÓN

Para información sobre cómo hacer una petición para ver, obtener una copia de o enmendar la información de salud que se encuentra en nuestros expedientes, o para pedir un *Reporte de Relación de Divulgación*, puede comunicarse con nosotros:

South Central Colfax County Special Hospital District
Attn: Director of Medical Records
P.O. Box 458
Springer, NM 87747

(505) 483-3300 En Springer, NM
(800) 431-3423 Fuera de Springer, NM

Para hacer una petición de que no se le manden materiales para recabar fondos:

Presbyterian Healthcare Foundation
Attn: Executive Director and Vice President
P.O. Box 26666
Albuquerque, NM 87125-6666

PARA PRESENTAR UNA QUEJA RESPECTO A SU DERECHO AL RESPETO DE LA VIDA PRIVADA

Si usted siente que su derecho a la vida privada ha sido infringido, puede presentar una queja con Presbyterian o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No se le sancionará ni habrá represalias en su contra por haber presentado una queja. Para presentar una queja con Presbyterian, puede llamar al (888) 435-4361.

PARA MAYOR INFORMACIÓN

Si usted tiene preguntas acerca de esta Notificación o quisiera recibir más información acerca de nuestras prácticas de respeto a la vida privada de SCCCSHD, por favor comuníquese con el Departamento de Cumplimiento Corporativo de Presbyterian al (505) 923-8544.