

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

UNDERSTANDING YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)

UMC and its medical staff, Texas Tech Health Sciences Center, and UMC Physicians (UMCP) are a clinically integrated healthcare setting and constitute an organized healthcare arrangement under HIPAA. This arrangement involves participation of legally separate entities in the delivery of healthcare services in which no entity will be responsible for the medical judgment or patient care provided by the other entities in the arrangement. Each entity within this arrangement will be able to access and use your PHI to carry out treatment, payment, or healthcare operations.

UMCP is required by Texas and Federal Law to maintain the protected health information, to provide individuals with UMCP's Notice of Privacy Practices, and to notify the individuals involved if the individual's unsecured protected health information is used and/or disclosed in a manner not permitted by Texas or Federal Law.

HOW WE MAY USE AND RELEASE YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)

A. The following uses do NOT require your authorization, except where required by Texas Law.

1. **For treatment:** your PHI may be discussed by caregivers to determine our plan of care. The physicians, nurses, medical students, and other healthcare personnel, may share PHI in order to coordinate the services you may need.
2. **To obtain payment:** We may use and disclose PHI to obtain payment for our services from you, an insurance company, or a third party.
3. **For healthcare operations:** We may use and disclose PHI for hospital operations. For example we may use the information to review our treatment and services and to evaluate the performance of our staff in caring for you.
4. **For public health activities:** We report to public health authorities as required by law, information regarding births, deaths, various diseases, reactions to medications and medical products.
5. **Victims of abuse, neglect, domestic violence:** Your PHI may be released as required by law to the appropriate Texas agencies when cases of abuse and neglect are suspected.
6. **Health oversight activities:** We will release information for federal or state audits, civil, administrative or criminal investigations, inspections, licensure or disciplinary actions, as required by law.
7. **Judicial and administrative proceedings:** Your PHI may be released in response to a subpoena or court order.
8. **Law enforcement:** We may release your PHI as required by law for certain types of wounds.
9. **Active Duty and Retired Military:** we may release your PHI to the Department of Defense or other governmental agency.
10. **National security purposes:** we may release your PHI for national security and intelligence investigations.
11. **Uses and disclosures about patients who have died:** We provide coroners, medical examiners, and funeral directors necessary information relating to an individual's death.
12. **For purposes of organ donation:** As permitted by law, we will notify organ procurement organizations to assist them in organ, eye, or tissue donation and transplants.
13. **Research:** We may use your PHI if the Institutional Review Board (IRB) reviews for research, approves and establishes safeguards to ensure privacy.
14. **To avoid harm:** In order to avoid a serious threat to the health or safety of a person or the public, we may release limited information to law enforcement personnel or persons able to prevent or lessen such harm.
15. **For worker's compensation purposes:** We may release your PHI to comply with worker's compensation laws.
16. **Health Communication:** We may send you information on the latest treatment, support groups, and other resources affecting your health.
17. **Fundraising activities:** We may use your PHI to communicate with you to raise funds to support healthcare services and educational programs we provide to the community. You have the right to opt out of receiving such fundraising communications.
18. **Appointment reminders and health-related benefits and services:** We may contact you with a reminder that you have an appointment for check-up or treatment.

B. You may object to the following uses of PHI:

1. **Information shared with family, friends, or others:** Unless you object, we may release your PHI to a family member, friend, or other person that you indicate is involved in your care or the payment for your healthcare.
2. **Health Information Exchanges:** We may share information that we obtain or create about you with other healthcare providers or other healthcare entities, such as your health plan or health insurer, as permitted by law, through Health Information Exchanges (HIEs) in which we participate. Exchange of health information can provide faster access, better coordination of care and assist providers and public health officials in making more informed decisions. You may opt out of the HIE and disable access to your health information available through the HIE by contacting UMC, 806-775-9150, to obtain and complete an Opt-Out form.

C. Your prior written authorization is required to release your PHI in the following situations:

1. Any uses or disclosures beyond treatment, payment, or healthcare operations and not specified in Parts A & B.
2. Psychotherapy notes, marketing and the sale of PHI.

WHAT RIGHTS YOU HAVE REGARDING YOUR PHI

Although your health record is the physical property of UMCP, the information belongs to you, and you have the following rights with respect to your PHI:

- A. The right to request limits on how we use and release your PHI:** You have the right to ask that we limit how we use and release your PHI. We will consider your request but we are not legally required to accept it. If we accept your request, we will put any limits in writing and abide by them except in emergency situations. Your request must be in writing and state (1) what information you want to limit; (2) whether you want to limit our use, disclosure or both; (3) to whom you want the limits to apply, for example, disclosures to your spouse; (4) an expiration date. **If you pay for a service or health care item out-of-pocket in full, you can ask us not to share that information for the purpose of payment or our operations with your health insurer. We will say “yes” unless a law requires us to share that information.**
- B. The right to choose how we communicate PHI to you:** You have the right to request that we communicate with you about PHI in a certain way or at a certain location (for example, sending information to your work address rather than a home address). You must make your request in writing and specify how and where you wish to be contacted.
- C. The right to see and get copies of your PHI:** You have the right to inspect and receive a copy of your PHI, which is contained in a designated record set that may be used to make decisions about our care. You must submit your request in writing. If you request a copy of the information, we may charge a fee for copying, mailing, or other costs associated with your request. We may deny your request to inspect and receive a copy in certain very limited circumstances. If you are denied access to PHI, you may request that the denial be reviewed.
- D. The right to get a list of instances of when and to whom we have disclosed your PHI:** this list **may not** include uses such as those made for treatment, payment, or healthcare operations, directly to you, to your family, or in our facility directory as described above in this NPP. This list also **may not** include uses for which a signed authorization has been received or disclosures made before April 14, 2003.
- E. The right to amend your PHI:** If you believe that there is a mistake in your PHI or that a piece of important information is missing, you have the right to request that we amend the existing information or add the missing information. You must provide the request and your reason for the request in writing. We may deny your request in writing if the PHI is correct and complete or another facility’s report.
- F. The right to receive a paper or electronic copy of this notice:** You have the right to a paper copy of this notice. You may ask us to give you a copy of this Notice at any time. For the above requests please contact:
Robert Brace
Compliance/Privacy Officer
PO Box 5980
Lubbock, Tx 79408
Phone Number: (806) 761-0994
- G. The right to revoke an authorization:** If you chose to sign an authorization to release your PHI, you can later revoke that authorization in writing. This will stop any future release of your health information except as allowed or required by law.

HOW TO COMPLAIN ABOUT OUR PRIVACY PRACTICES

If you think your privacy rights may have been violated, or you disagree with a decision we made about access to your PHI, you may file a complaint with the office listed in the next section of this Notice. **Please be assured that you will not be penalized and there will be no retaliation for voicing a concern or filing a complaint. We are committed to the delivery of quality healthcare in an environment that is confidential and private.**

PERSON TO CONTACT FOR INFORMATION ABOUT THIS NOTICE OR COMPLAIN ABOUT OUR PRIVACY PRACTICES

If you have any questions about this Notice or any complaints about our privacy practices please call the UMC Health System Compliance Hotline (888) 329-6445. In writing: **Robert Brace; Compliance/Privacy Officer; PO Box 5980; Lubbock, TX 79408**

You may also send a written complaint to the Secretary of the Department of Health and Human Services. The address will be provided at your request.

CHANGES TO THIS NOTICE

We reserve the right to change the terms of this Notice at any time. We also reserve the right to make the revised or changed Notice effective for PHI we already have about you as well as any information we receive in the future. The Notice will always contain the effective date. You may also view the current Notice at any time on the web at: http://www.pnsonline.net/pdf/PNS_Privacy.pdf

EFFECTIVE DATE OF THIS NOTICE: This notice became effective on **February 1, 2017**



UNIVERSITY MEDICAL CENTER PHYSICIANS
Aviso de Prácticas de Privacidad (APP)

Acuerdo de Servicios Médicos Organizados de UMC (ASMO)

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ELLA

FAVOR DE REVISARLO CUIDADOSAMENTE

Entendiendo Su Información Médica Protegida (IMP)

UMC y su personal médico, Texas Tech Health Sciences Center, y UMC Physicians (**UMCP**) forman una práctica clínica integrada y constituyen un acuerdo de servicios médicos organizados conforme a la ley HIPAA. Este acuerdo consiste en la participación de entidades, legalmente separadas, en la provisión de servicios de salud. Ninguna de las partes del acuerdo será responsable para las decisiones y servicios de los demás interesados del acuerdo. Cada parte tendrá acceso a, y uso de, su IMP para efectuar tratamiento, pago, y operaciones de negocio.

Las leyes federales, y las de Texas, requieren que UMCP guarde la información médica protegida, provea una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de UMCP, e informe a individuos si su información médica protegida se use o se divulgue de una manera no permitida por las leyes federales o las de Texas.

COMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACION MEDICA PROTEGIDA (IMP)

A. Los usos siguientes no requieren su autorización a menos que la requiera la ley de Texas.

1. **Para tratamiento:** Proveedores de servicios médicos pueden hablar de su IMP para formular un plan de cuidado. Los médicos, enfermeras, estudiantes de medicina, y otro personal médico puede usar su IMP para coordinar los servicios necesarios.
2. **Para recibir pago:** Tenemos que usar y divulgar su IMP para obtener pago de usted, compañías aseguradoras, u otro pagador.
3. **Para operaciones de negocio:** Podemos usar y divulgar su IMP para las operaciones de negocio del hospital. Por ejemplo, podemos usar la información para revisar nuestros tratamientos y servicios y para evaluar el rendimiento de nuestro personal.
4. **Para actividades de salud pública:** Según la ley, informamos a las autoridades de la salud pública sobre nacimientos, fallecimientos, ciertas enfermedades, y reacciones a medicinas y productos médicos.
5. **Víctimas de abuso, negligencia, y violencia en el hogar:** Según la ley, su IMP puede ser divulgada a las agencias del estado de Texas cuando hay sospechas de abuso o negligencia.
6. **Monitoreo de actividades de salud:** Según la ley, divulgaremos datos personales para auditorías del gobierno, investigaciones civiles, administrativas, y judiciales, inspecciones, solicitudes de licencias, o acciones disciplinarias.
7. **Procedimientos legales o administrativos:** Su IMP puede ser divulgada bajo orden o citación judicial.
8. **Razones del orden público y seguridad nacional:** Podemos divulgar su IMP según los requisitos de la ley por heridas de ciertos tipos.
9. **Militares activos y retirados:** Podemos divulgar su IMP al Departamento de Defensa u otra agencia del gobierno.
10. **Própositos de la seguridad nacional:** Podemos divulgar su IMP para investigaciones de seguridad nacional e inteligencia.
11. **Usos y divulgaciones relacionados a pacientes fallecidos:** Proveemos información necesaria a magistrados médicos, médicos forenses, y directores de funeraria.
12. **Para donación de órganos:** Según la ley, damos noticias a organizaciones de obtención de órganos para trasplante.
13. **Investigación médica:** Podemos usar su IMP si el Consejo Institucional de Investigaciones (CII) lo revisa, aprueba, e instituye protección para la privacidad.
14. **Para evitar daño:** A fin de evitar daños a la salud o seguridad de una persona o al público, podemos divulgar información limitada al personal del orden público o a personas capacitadas para evitar o reducir tal daño.
15. **Para compensación al trabajador:** Podemos divulgar su IMP para cumplir con las leyes de compensación al trabajador.
16. **Comunicaciones sobre la salud:** Podemos enviarle información sobre los últimos tratamientos, grupos de apoyo, y otros recursos tocante a su salud.
17. **Recaudación de fondos:** Podemos utilizar su información para comunicarnos con usted para recaudar fondos para el apoyo de servicios y programas educativos que proporcionamos a la comunidad. Ud. tiene el derecho de no participar ni recibir tales comunicaciones.
18. **Recordatorio de citas, servicios, y prestaciones sanitarias:** Podemos comunicarnos con usted para recordarle de una cita o tratamiento médica.

B. Usted puede oponerse a los usos siguientes de su IMP:

Información compartida con familiares, amigos, u otros: A menos que lo oponga, podemos divulgar su IMP a un familiar, amigo, u otra persona que usted indica que está involucrado en su atención médica o el pago de ella.

C. Se requiere su autorización escrita de antemano para revelar su IMP en las situaciones siguientes:

1. Cualquier uso o divulgación que no sea relacionado con tratamiento, pago, u operaciones de negocio y no mencionado específicamente en las partes A y B más arriba.
1. Notas de psicoterapia, marketing, o la venta de su IMP.
2. **Intercambios de Información de Salud: Podemos compartir la información que obtenemos o creamos con otros proveedores de atención médica u otras entidades de salud, como su plan de salud o aseguradora de salud, según lo permita la ley, a través de Intercambios de Información de Salud (HIE) participar. El intercambio de información de salud puede proporcionar un acceso más rápido, una mejor coordinación de la atención y ayudar a los proveedores y funcionarios de salud pública a tomar decisiones más informadas. Puede inhabilitar el HIE y deshabilitar el acceso a su información de salud disponible a través del HIE al ponerse en contacto con UMC, 806-775-9150, para obtener y completar un formulario de Opt-Out.**

SUS DERECHOS TOCANTE A SU IMP

Aunque el historial médico es propiedad del hospital, la información adentro es suya, y usted tiene los derechos siguientes respecto a ella:

- A. **A. El derecho a poner límites en la manera de usar y revelar su IMP:** Usted tiene el derecho a pedir que limitemos la manera de usar y divulgar su IMP. Consideraremos su petición pero la ley no requiere que la aceptemos. Si la aprobamos, le daremos noticia por escrito y cumpliremos con la petición excepto en caso de emergencia. Su petición por escrito debe indicar (1) cuál información le gustaría limitar; (2) si le gustaría limitar el uso, la divulgación, o ambos; (3) a quién se aplican los límites, por ejemplo, divulgaciones al (la) marido(a); y (4) una fecha de caducidad. Si usted ha pedido una restricción de su plan de seguro médico por un artículo o servicio relacionado con su cuidado médico, para el cual usted u otro pagó a UMC en total, UMC está obligado a respetar tal restricción.
- B. **El derecho a indicar la manera de comunicarnos con usted:** Tiene el derecho a pedir que comuniquemos con usted acerca de su IMP de cierta manera o en cierto lugar (por ejemplo, enviando correo a su dirección de trabajo en vez de su hogar). Es necesario hacer la petición por escrito e indicar la manera y el lugar de comunicación.
- C. **El derecho a ver y obtener copias de su IMP.** Tiene el derecho a examinar y recibir una copia de su IMP, la cual se encuentra en un historial médico y se usa para hacer decisiones sobre su cuidado médico. Debe hacer su petición por escrito. Si pide una copia de su información, podemos cobrarle los gastos de imprenta, franqueo, etc . . . Podemos negar su petición de ver y recibir una copia en ciertas circunstancias limitadas. Si se le niega acceso a su IMP, puede solicitar que reconsideremos la denegada.
- D. **El derecho a recibir un informe de cuándo y a quién hemos divulgado su IMP.** Es posible que el informe no incluya las divulgaciones que hemos hecho para tratamiento, pago, u operaciones de negocio ni las que hicimos a usted, a sus familiares, o en el directorio de pacientes del hospital como se ha indicado en este aviso. Es posible que el informe tampoco incluya las divulgaciones por las cuales recibimos su autorización por escrito o las que hicimos antes de 14 Abril 2003.
- E. **El derecho a corregir su IMP.** Si usted cree que existe un error en su IMP, tiene el derecho a solicitar que la corrijamos. Es necesario hacer la solicitud, y la razón por ella, por escrito. Podemos negar su petición, por escrito, si la IMP es correcta o si la recibimos de otro proveedor de servicios de salud.
- F. **El derecho a recibir una copia impresa o electrónica de este aviso.** Nos puede pedir una copia de este aviso en cualquier momento. Favor de comunicarse con: **Robert Brace**, Oficial de Cumplimiento de Normas, PO Box 5980 Lubbock, Texas 79408, número de teléfono (806) 761-0994.
- G. **El derecho de revocar una autorización.** Si autoriza la divulgación de su IMP y luego se cambia de opinión, puede revocar la autorización por escrito. Esto pondrá fin a divulgaciones futuras excepto a las permitidas o requeridas por la ley.

COMO PRESENTAR UNA QUEJA DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados o si no está de acuerdo con una decisión que hacemos tocante a su IMP, puede presentar una queja con la autoridad indicado abajo. **Puede estar seguro que no habrá penas ni represalias por presentar una queja. Quedamos comprometidos con la entrega de asistencia médica en un ambiente de confianza y privacidad.**

PUNTO DE CONTACTO PARA INFORMACION DE ESTE AVISO PARA QUEJARSE DE NUESTRAS PRACTICAS DE RIVACIDAD

Si tiene preguntas de este aviso o quejas de nuestras prácticas de privacidad, favor de llamar la línea de acceso directo de la Oficina de Cumplimiento de Normas de UMC (888) 329-6445, o por escrito a, **Robert Brace**, Oficial de Cumplimiento de Normas/ PO Box 5980/ Lubbock, TX 79408. También puede enviar una queja por escrito al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Se le proveerá la dirección, si la necesita.

ENMIENDAS A ESTE AVISO

Reservamos el derecho de cambiar las condiciones de este aviso en cualquier momento. También reservamos el derecho de hacer que los cambios sean efectivos con la información que ya tenemos y la información que recibimos en el futuro. Este aviso lleva una fecha de vigencia. Puede ver el aviso actual en cualquier momento en la Red en:

https://www.pnsonline.net/pdf/PNS_Privacy.pdf

FECHA DE VIGENCIA DE ESTE AVISO: 2 Febrero 2017