

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES OF: Calhoun Liberty Hospital & Calhoun Liberty Hospital Association, Inc.

Effective Date: September 1, 2022

This notice describes the privacy practices of all inpatient and outpatient departments and units of Calhoun Liberty Hospital and all facilities operated by Calhoun Liberty Hospital Association, Inc.

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.

A. PURPOSE OF THE NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

A record is made of the care and services you receive each time you are a patient in our hospital or one of our affiliated facilities. This record documents such things as your physical examination, test results, diagnosis, treatment, plans for future care, and information related to billing. We need this record to provide you with quality care and to comply with certain legal requirements. This notice describes the type of information we gather about you while you are a patient, with whom that information may be shared and the safeguards we have in place to protect it. It applies to all records of your care generated by hospital personnel, agents of the hospital, or your doctor. Please note that your doctor may provide you with a notice regarding the use and disclosure of your health information in his particular office.

B. OUR LEGAL DUTY REGARDING YOUR MEDICAL INFORMATION

We are required by law to keep private any medical information that identifies you and provide you with a description of our privacy practices with respect to your medical information. We will follow applicable laws and the terms of the notice that are currently in effect.

C. HOW WE MAY USE AND DISCLOSE HEALTH INFORMATION ABOUT YOU

1. Permitted and Required Uses and Disclosures of Your Health Information Which DO NOT Require Your Written Authorization or the Opportunity for You to Object or Agree

The following categories describe the different ways that we may use and disclose medical information and examples of each. Not every possible use or disclosure in a category will be listed.

For Treatment: We may use health information about you to provide you with medical treatment or services. We may disclose medical information about you to doctors, nurses, technicians, training doctors, or other health care professionals who are involved in taking care of you. For example, a doctor treating you for a broken leg may need to know if you have diabetes because diabetes may slow the healing process. Different healthcare professionals also may share health information about you in order to coordinate the different things you may need, such as medications, lab work, meals, and x-rays. We may also disclose medical information about you to people outside the facility who may be involved in your medical care after you are discharged or that provide services that are part of your continuing care.

For Payment: We may use and disclose health information about your treatment and services to bill and collect payment from you, your insurance company or a third party payer. For example, we may need to give your insurance company information about your treatment so they will pay us or reimburse you. We may also use and disclose medical information about you to obtain prior approval or determine whether your insurance plan will cover the treatment. We may contact you for the purpose of billing/collection efforts. This may include leaving a message on your answering machine/voice mail.

For Health Care Operations: Members of our medical staff, clinical departments, and administrative units may use information in your medical record to review the care and outcomes in your case and similar cases. This is necessary to continually improve the quality of care for all patients we serve. For example, we may disclose information to doctors, nurses, technicians, training doctors, medical students, and other facility personnel for review and learning purposes. We may also use and disclose health information to assess your satisfaction with our services and for reviewing the competence of health care professionals.

Business Associates: Certain services are provided in our organization through contracts with business associates. We may disclose your health information to our business associates so that they can perform the job we've asked them to do. Some examples include CPA firms whose accounting services involve access to protected health information, healthcare clearinghouses that transmit claims on our behalf, independent medical transcriptionists who type medical reports, or a copy service we use to make copies of your health record. To protect your privacy, we require each business associate to sign an agreement that obligates the business associate to use appropriate safeguards to protect your health information.

Funeral Directors and Medical Examiners: Consistent with applicable law, we may use and disclose your health information to funeral directors and medical examiners in the event of your death.

Research: We may disclose information to researchers when an institutional review board that has reviewed the research proposal and established protocols to ensure the privacy of your health information has approved their research and granted a waiver of the authorization requirement.

Future Communications: We may communicate to you via newsletters, mailings or other means regarding treatment options, health related information, disease-management programs, wellness programs, or other community based initiatives or activities in which our facilities are participating.

As Required by Law: We will disclose medical information about you when required to do so by federal, state or local law. This may include, but is not limited to requests from the following types of entities: 1) Food and Drug Administration; 2) Public Health or Legal Authorities charged with preventing or controlling disease, injury or disability; 3) Governmental Authority which by law receives the reports of child abuse and neglect; 4) Protective Services for Victims of Abuse, Neglect or Domestic Violence; 5) Correctional Institutions; 6) Workers Compensation Agents; 7) Organ and Tissue Donation Organizations; 8) Military Command Authorities; 9) Health Oversight Agencies; 10) National Security and Intelligence Agencies; 11) Protective Services for the President and Others.

Law Enforcement/Legal Proceedings: We may disclose health information for law enforcement purposes as required by law or in response to a valid subpoena.

Appointment Reminders: We may use and disclose medical information to contact you as a reminder that you have an appointment for treatment or medical care. This may include leaving a message on your answering machine/voice mail.

Fundraising Activities: We may use health information about you in an effort to raise money for Calhoun Liberty Hospital Association, Inc., Inc. and its operations. We may disclose certain information to the CLH Foundation so that the Foundation may raise money for the hospital. You have the right to request (opt-out) that we not contact you for fund raising efforts. **If you do not want to be contacted for fundraising efforts, you must notify us as directed by the fundraising communication (correspondence) or notify our Privacy Officer by phone or in writing at the number or address on the last page.**

Affiliated Covered Entities: Protected health information will be made available to personnel at all facilities affiliated with and managed by Calhoun Liberty Hospital Association, Inc., as necessary to carry out treatment, payment, and health care operations. Caregivers at other facilities may have access to protected health information at their locations to assist in reviewing past treatment information as it may affect treatment at this time. Please contact the CLH Privacy Officer for further information on the specific sites which are affiliated with CLH.

Organized Health Care Arrangement: Our facilities and their medical staff members share an organized health care arrangement. Information will be shared as necessary to carry out treatment, payment, and health care operations. Physicians and caregivers may have access to protected health information in their offices to assist in reviewing past treatment as it may affect treatment at the time.

Data Aggregation: We may disclose protected health information to permit data aggregation with other health care providers for our health care operations such as quality assessment and improvement activities, population health analysis or clinical guideline development.

De-identified Information: We may use or disclose protected health information to create de-identified information which is not individually identifiable health information.

2. Uses and Disclosures of Your Health Information Which DO Require That You Have the Opportunity to Object or Agree

We may disclose the following kinds of health information about you, if you are informed in advance of the use and disclosure, and you have had the opportunity to agree to or prohibit or restrict the use and disclosure of this information. We may inform you verbally or in writing of these types of uses and disclosures, and you may agree or object verbally or in writing to these

uses and disclosures.

Directory: We may include certain limited information about you in our facility directory while you are a patient here. This information may include your name and location, (whether an inpatient, outpatient, or Emergency Center patient.) It may also include your general condition (e.g. fair, stable, etc.) and your religious affiliation. This information may be provided to members of the clergy and, except for religious affiliation, to other people who ask for you by name. If you do not want to be included in the directory, please advise the Registration staff and request the "Opt Out Form".

Individuals Involved in Your Care or Payment for Your Care: We may release medical information about you to a friend or family member who is involved in your medical care. We may also give information to someone who is responsible for or who helps pay for your care. In addition, we may disclose health information about you to an entity assisting in a disaster relief effort so that your family can be notified about your condition, status and location.

Health Information Exchange: We may disclose protected health information to a health information exchange or other similar organization for treatment purposes and health care operations, such as quality assessment and improvement activities, population health analysis or clinical guideline development, and other purposes consistent with federal and state law. **If you do not wish your protected health information to be shared with a health information exchange, please advise the Registration staff and request the "HIE Opt Out Form."**

3. Uses and Disclosures of Your Health Information Which Require Your Authorization

The following uses and disclosures will be made only with your written permission: 1) Most uses and disclosures of psychotherapy notes; 2) Disclosures that constitute the sale of your protected health information; 3) Uses and disclosures for marketing purposes.

D. YOUR RIGHTS REGARDING YOUR MEDICAL INFORMATION

Your medical record is the physical property of the healthcare practitioner or facility that compiled it; however you have the right to:

Inspect and Copy: You have the right to inspect and obtain a copy of the health information that may be used to make decisions about your care. Usually, this includes medical and billing records, but does not include psychotherapy notes. To inspect and obtain a copy your medical information, you must submit your request in writing to our Privacy Officer or our Director, Medical Records at the address at the end of this notice.

If you request a copy of the information, we may charge a fee for the costs of copying, mailing or other supplies associated with your request. We may deny your request to inspect and copy in certain circumstances. If you are denied access to medical information, you may request that the denial be reviewed. Another licensed health care professional selected by Calhoun Liberty Hospital Association, Inc., will review your request and the denial. We will comply with the outcome of the review.

Amend: If you feel that the medical information we have about you is incorrect or incomplete, you may ask us to amend the information. You have the right to request an amendment for as long as the information is kept by or for the facility. To request an amendment, your request must be made in writing and submitted to our Privacy Officer. In addition, you must provide a reason that supports your request. We may deny your request for an amendment and if this occurs, you will be notified of the reason for the denial.

An Accounting of Disclosures: You have the right to request an accounting of disclosures. This is a list of certain disclosures we make of your health information for purposes other than treatment, payment or health care operations where an authorization was not required. To request an accounting of disclosures, you must submit your request in writing to our Privacy Officer.

Request Restrictions: You have the right to request a restriction or limitation on the health information we use or disclose about you for treatment, payment or health care operations. You also have the right to request a limit on the health information we disclose about you to someone who is involved in your care or the payment for your care, like a family member or friend. For example, you could ask that we not use or disclose information about a surgery you had. With the exception of "Out-of-Pocket Payments," described below, we are not required to agree to your request. If we do agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide you emergency treatment.

To request restrictions, you must make your request in writing to our Privacy Officer. In your request, you must tell us (1) what information you want to limit; (2) whether you want to limit our use, disclosure, or both; and (3) to whom you want the limits to apply. Restrictions may be terminated upon your oral or written agreement, your written request or upon you receiving a notice from us that we are terminating the agreement to a restriction.

To request restrictions regarding your presence and/or location in the facility, you must make this known when you register or check-in as a patient.

Out-of-Pocket Payments: If you prefer that we not bill your health plan for a specific item or service and you have timely paid out-of-pocket in full for that specific item or service, then you have the right to ask that your protected health information with respect to that item or service not be disclosed to a health plan for purposes of payment or health care operations, and we will honor that request. Your request to limit disclosure in this way must be submitted in writing.

Request Confidential Communications: You have the right to request that we communicate with you about medical matters in a certain way or at a certain location. For example, you may ask that we contact you at work instead of your home. The facility will grant reasonable requests for confidential communications at alternative locations and/or via alternative means only if the request is submitted in writing to our Privacy Officer. We will not ask you the reason for your request. Your request must specify how or where you wish to be contacted.

Notification of a Breach: You have the right to be notified of any breach of your unsecured protected health information.

A Paper Copy of This Notice: You have the right to a paper copy of this notice at any time. Even if you have agreed to receive this notice electronically, you are still entitled to a paper copy of this notice. You may obtain a copy of this notice at our website, www.CalhounLibertyHospital.com. To obtain a paper copy of this notice, please request one when you register or check-in as a patient or contact our Privacy Officer.

E. OTHER USES OF MEDICAL INFORMATION WHICH REQUIRE YOUR WRITTEN AUTHORIZATION

Other uses and disclosures of medical information not covered by this notice or the laws that apply to us will be made only with your written permission. If you provide us permission to use or disclose medical information about you, you may revoke that permission, in writing to our Privacy Officer, at any time. If you revoke your permission, we will no longer use or disclose health information about you for the reasons covered by your written authorization. You understand that we are unable to take back any disclosures we have already made with your permission, and that we are required to retain our records of the care that we provided to you.

F. CHANGES TO THIS NOTICE

We reserve the right to change this notice and the revised or changed notice will be effective for information we already have about you as well as any information we receive in the future. The current notice will be posted in the facility and include the effective date. You have the right to obtain a copy of the revised notice upon request.

G. COMPLAINTS

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with the CLH Privacy Officer at the address below or with the Secretary of the Department of Health and Human Services. All complaints must be submitted in writing. You will not be penalized for filing a complaint.

H. CALHOUN LIBERTY HOSPITAL PRIVACY OFFICER

You may contact the CLH Privacy Officer at 850-674-5411. Written requests or inquiries may be sent to:

Privacy Officer (OR) Director, Medical Records (for record copy request)

Calhoun Liberty Hospital Association, Inc.
20370 NE Burns Ave
Blountstown, FL 32424

Secretary of the Department of Health and Human Services
Region IV-Office of Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
Atlanta Federal Center, Suite 3B70
61 Forsyth Street, SW Atlanta, GA 30303-8980
Phone: 404-562-7886 Fax: 404-562-7881
OCRComplaint@hhs.gov



**CALHOUN
LIBERTY
HOSPITAL**

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE: Calhoun Liberty Hospital y Calhoun Liberty Hospital Association, Inc., Inc.

Fecha de entrada en vigencia: 1 de septiembre de 2022

Esta notificación describe las prácticas de privacidad de los pacientes hospitalizados, departamentos ambulatorios y unidades del Calhoun Liberty Hospital y todas las instalaciones operadas por el Calhoun Liberty Hospital Association, Inc.,

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LEA UIDADOSAMENTE.

A. OBJETIVO DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Se hace un registro de la atención y los servicios que recibe cada vez que usted se atiende en nuestro hospital o en uno de nuestros centros afiliados. Este registro documenta cosas tales como su examen físico, resultados de los análisis, diagnósticos, tratamientos, planes para el cuidado futuro e información relacionada con la facturación. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Esta notificación describe el tipo de información que recopilamos sobre usted mientras usted es un paciente, con quien podemos compartir esta información, y las garantías que tenemos para proteger la información. Se aplica a todos los registros de su atención generados por el personal del hospital, agentes del hospital, o por su médico. Tenga en cuenta que su médico le puede proporcionar una notificación con respecto al uso y divulgación de su información médica en su consultorio particular.

B. NUESTRAS OBLIGACIONES LEGALES RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

Estamos obligados por ley a mantener en privado cualquier información médica que lo identifique a usted y proporcionarle una descripción de nuestras prácticas de privacidad con respecto a su información médica. Seguiremos las leyes aplicables y los términos de la notificación que están actualmente en vigor.

C. CÓMO PODRÍAMOS USAR Y REVELAR INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

1. Usos y divulgaciones permitidos y requeridos de su información médica que NO requieran su autorización por escrito o la oportunidad para que usted se oponga o esté de acuerdo

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podremos usar y revelar la información médica y ejemplos de cada una. No se enumeran todos los posibles usos o divulgaciones en una categoría.

Para el tratamiento: Podremos usar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podremos revelar su información médica a médicos, enfermeras, técnicos, practicantes u otros profesionales de la salud que participen en su cuidado. Por ejemplo, es posible que un médico que le brinde atención por una pierna rota necesite saber si usted sufre de diabetes ya que la diabetes puede retrasar el proceso de curación. Diferentes profesionales de la salud también pueden compartir su información médica con el fin de coordinar las diferentes atenciones que usted pueda necesitar, como los medicamentos, análisis de laboratorio, comidas y radiografías. También podremos revelar su información médica a personas fuera de las instalaciones que puedan estar involucradas en su atención médica después de ser dado de alta o que prestan servicios que son parte de su cuidado continuo.

Para el pago: Podremos usar y revelar información médica sobre su tratamiento y servicios para facturarle y cobrarle el pago a usted, a su compañía de seguros o un tercero que realice los pagos. Por ejemplo, es posible que necesitemos darle a su compañía de seguros información acerca de su tratamiento para que ellos nos realicen los pagos o le reembolsen su dinero. También podremos usar y revelar su información médica para obtener la aprobación previa o determinar si su plan de seguro cubrirá el tratamiento. Es posible que nos comuniquemos con usted por propósitos de facturación/cobro. Esto puede incluir dejar un mensaje en su máquina contestadora/buzón de voz.

Para operaciones relacionadas con la atención médica: Miembros de nuestro equipo médico, departamentos clínicos y unidades administrativas pueden hacer uso de la información incluida en su historia clínica para analizar la atención brindada y los resultados obtenidos tanto en su caso como en otros similares. Esto es necesario para mejorar continuamente la calidad de la atención de todos los pacientes que cuidamos. Por ejemplo, podemos divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos, médicos residentes, estudiantes de medicina y demás personal de la institución con fines educativos y de análisis. También podemos usar y divulgar información relacionada con la salud para evaluar la satisfacción de nuestros servicios y analizar la aptitud de nuestros profesionales de atención médica.

Socios Colaboradores: Ciertos servicios se prestan en nuestra organización a través de contratos con socios colaboradores. Podremos revelar su información médica a nuestros socios colaboradores para que puedan realizar el trabajo

que les hemos solicitado. Algunos ejemplos son las empresas de contadores públicos certificados cuyos servicios de contabilidad involucran el acceso a información médica protegida, centros de intercambio de información médica que transmiten las reclamaciones en nuestro nombre, los transcritores médicos independientes que escriben los informes médicos, o un servicio de copiado donde sacamos copias de sus registros médicos. Para proteger su privacidad, requerimos que cada socio colaborador firme un acuerdo que lo obligue a utilizar las medidas adecuadas para proteger su información médica.

Médicos forenses y Directores de funerarias: De acuerdo con la ley aplicable, podremos utilizar y revelar su información médica a los directores de funerarias y médicos forenses si usted fallece.

Investigación: Podremos revelar información a investigadores una vez que una junta de revisión institucional, que haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para asegurar la privacidad de su información médica, haya aprobado la investigación y concedido una exención del requisito de autorización.

Comunicaciones futuras: Podremos comunicarle a usted a través de boletines, envíos por correo u otros medios, opciones de tratamientos, información relacionada con su salud, programas de control de enfermedades, programas de bienestar u otras iniciativas o actividades comunitarias en las que nuestras instituciones estén participando.

Según lo requerido por la Ley: Revelaremos su información médica cuando la ley federal, estatal o local así lo requiera. Esto puede incluir, pero no se limita a, las solicitudes de los siguientes tipos de entidades: 1) Administración de Alimentos y Medicamentos, 2) Autoridades legales o de salud pública encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; 3) Autoridad Gubernamental que por ley recibe los informes de abuso y negligencia infantil, 4) Servicios de Protección para las víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica; 5) Instituciones Correccionales; 6) Agentes de Compensación de Trabajadores, 7) Organizaciones de donación de órganos y tejidos; 8) Autoridades de comando militar; 9) Agencias de Supervisión de la Salud, 10) Seguridad Nacional y Agencias de Inteligencia; 11) Servicios de Protección para el Presidente y otros.

Aplicación de la Ley/Procedimientos Legales: Podremos revelar información médica para propósitos de aplicación de la ley según lo requiera la ley o en respuesta a una citación válida.

Recordatorios de citas: Podremos usar y revelar información médica para comunicarnos con usted con el fin de recordarle que tiene una cita para tratamiento o atención médica. Esto puede incluir dejar un mensaje en su máquina contestadora/buzón de voz.

Actividades de recaudación de fondos: Podremos utilizar su información médica con la intención de recaudar fondos para Calhoun Liberty Hospital Association, Inc., Inc. y sus operaciones. Podremos revelar cierta información a la Fundación CLH para que esta pueda recaudar dinero para el hospital. Usted tiene el derecho de solicitar (exclusión voluntaria) que no lo contactemos para la recaudación de fondos. **Si usted no desea ser contactado para la recaudación de fondos, debe notificarnos según se indica en la comunicación de la recaudación de fondos (por correspondencia), o comunicarse con nuestro Oficial de Privacidad por teléfono o por escrito al número o dirección que figuran en la última página.**

Entidades de cobertura afiliadas: La información médica protegida estará a disposición del personal en todos los establecimientos afiliados y gestionados por Calhoun Liberty Hospital Association, Inc., como sea necesario para realizar el tratamiento, pago y actividades de atención médica. Los prestadores de servicios médicos de otros establecimientos pueden acceder a información médica protegida en sus ubicaciones para ayudar a revisar la información del tratamiento previo ya que esto podría afectar al tratamiento en este momento. **Comuníquese con el Oficial de Privacidad del CLH para obtener más información sobre los sitios específicos que están afiliados al CLH.**

Arreglo organizado de atención médica: Nuestras instalaciones y sus miembros del personal médico comparten un arreglo organizado de atención médica. La información se comparte conforme sea necesario para realizar el tratamiento, pago y actividades de atención médica. Los médicos y los cuidadores pueden tener acceso a información médica protegida en sus oficinas para ayudar a revisar el tratamiento previo ya que esto podría afectar el tratamiento en ese momento.

Inclusión de datos: Podemos divulgar información relacionada con la salud que esté protegida para permitir que otros prestadores de servicios médicos agreguen datos para nuestras operaciones relacionadas con la atención

médica, por ejemplo, actividades de evaluación y mejora de la calidad, análisis de la salud de la población o elaboración de pautas clínicas.

Información no identificada: Podemos usar o divulgar información sobre la salud que esté protegida para crear información no identificada que no pueda identificarse individualmente.

2. Usos y divulgaciones de su información médica que Sí requieren que usted tenga la oportunidad de oponerse o aceptar

Podremos revelar los siguientes tipos de su información médica solo si se le informa con antelación el uso y revelación y si ha tenido la oportunidad de aceptar o prohibir o restringir el uso y divulgación de esta información. Podremos informarle verbalmente o por escrito estos tipos de usos y divulgaciones, y usted podrá aceptar u objetar verbalmente o por escrito a estos usos y revelaciones.

Directorio: Podemos incluir cierta información limitada sobre usted en nuestro directorio de la institución mientras usted sea un paciente. Esta información puede incluir su nombre y ubicación, (ya sea un paciente hospitalizado, paciente ambulatorio o paciente del Centro de Emergencias). También puede incluir su estado general (por ejemplo, regular, estable, etc.) y su afiliación religiosa. Esta información podrá ser proporcionada a miembros del clero y, excepto por cuestiones de afiliación religiosa, a otras personas que pregunten por usted por su nombre. **Si no desea ser incluido en el directorio, avise al personal de registro y solicite el "Formulario de exclusión voluntaria".**

Personas involucradas en su atención médica o en el pago de la misma: Podemos revelar su información médica a un amigo o miembro de su familia que este involucrado en su atención médica. También podremos dar información a alguien que sea responsable de o que ayude a pagar por su atención médica. Además, podremos revelar su información médica a una entidad que proporcione asistencia en caso de un desastre, a fin de que su familia pueda ser informada sobre su condición, estado y ubicación.

Intercambio de información sobre la salud: Podemos divulgar información relacionada con la salud que esté protegida a una organización que se dedique al intercambio de información médica u otra organización similar para tratamientos y operaciones relacionadas con la atención médica, por ejemplo, actividades de evaluación y mejora de la calidad, análisis de la salud de la población o elaboración de pautas clínicas y para otros fines que sean acordes a la ley federal y estatal. **Si no desea que la información protegida relacionada con su salud se comparta con una organización dedicada al intercambio de información sobre salud, informe su decisión al personal de Inscripciones y solicite el "Formulario para no compartir información protegida sobre salud".**

3. Usos y divulgaciones de su información médica que requieran su autorización

Los siguientes usos y divulgaciones se podrán llevar a cabo solo con su consentimiento por escrito: 1) La mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia, 2) Divulgaciones que constituyan la venta de su información médica protegida, 3) Usos y divulgaciones para fines de marketing.

D. SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

Su expediente médico es propiedad física del médico o de la institución que lo confeccionó; de todas formas **usted tiene derecho a:**

Inspección y copia: Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información médica que pueda ser usada para tomar decisiones sobre su atención. Por lo general, esto incluye los registros médicos y de facturación, pero no incluye las notas de psicoterapia. **Para inspeccionar y obtener una copia de su información médica, usted debe presentar una solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad o nuestro Director, a Registros Médicos en la dirección al final de esta notificación**

Si usted solicita una copia de la información, podremos cobrarle los costos de copiado, envío por correo u otros gastos relacionados con su solicitud. Podremos negar su solicitud para inspeccionar y copiar la información en ciertas circunstancias. Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar que se revise la denegación. Otro profesional de la salud autorizado elegido por Calhoun Liberty Hospital Association, Inc., revisará su solicitud y la negación. Nosotros cumpliremos con lo resuelto en esta revisión.

Enmiendas: Si usted piensa que la información médica que poseemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la corrijamos. Usted tiene el derecho a solicitar una enmienda mientras la información sea mantenida por o para la institución. **Para solicitar una enmienda, su petición debe hacerse por escrito y presentarse a nuestro Ofi de Privacidad.** También, usted debe exponer una razón que respalde su petición. Podremos negar su solicitud de enmienda, y si esto ocurre, usted será notificado respecto a los motivos de la denegación.

Rendición de cuentas de las divulgaciones: Usted tiene derecho a solicitar una rendición de cuentas de las divulgaciones. Esto consiste en una lista de ciertas divulgaciones de su información médica que realizamos para otros propósitos fuera de tratamientos, pagos u actividades de cuidado de la salud en las que no se requiere una autorización. **Para solicitar una rendición de cuentas de las divulgaciones, debe entregar una petición por escrito a nuestro Oficial de Privacidad.**

Solicitud de restricciones: Usted tiene derecho a solicitar la restricción o limitación de su información médica que usamos o revelamos para tratamientos, pagos u actividades de atención médica. Usted también tiene derecho a solicitar limitaciones en la información médica que revelemos

a alguien involucrado en su cuidado o en el pago de su atención médica, como un familiar o amigo. Por ejemplo, usted puede pedir que no usemos ni revelemos información sobre una cirugía a la que usted se haya sometido. Con la excepción de «Pagos de su bolsillo», que se describen a continuación, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.

Para solicitar restricciones, usted debe hacer su petición por escrito a nuestro Ofi de Privacidad. En su petición, usted debe comunicarnos (1) que información desea limitar, (2) si quiere limitar nuestro uso, divulgación, o ambos, y (3) a quien desea que se apliquen las limitaciones. Las restricciones pueden ser terminadas por su acuerdo verbal o escrito, por su solicitud por escrito o en el momento en que usted reciba una notificación de nuestra parte de que damos por finalizado el acuerdo para una restricción.

Para solicitar restricciones con respecto a su presencia o ubicación en el establecimiento, debe hacerlo saber cuando se registre o ingrese como paciente.

Pagos de su bolsillo: Si usted prefiere que no le facturemos a su compañía de seguros un artículo o servicio en particular y si usted ha pagado en tiempo de su bolsillo la totalidad de dicho artículo o servicio, entonces usted tiene el derecho a solicitar que su información médica protegida con respecto a dicho artículo o servicio no sea revelada a una compañía de seguros con fines de pago o de actividades de atención médica, y nosotros respetaremos esa petición. Su petición para limitar la divulgación de esta manera deba ser presentada por escrito.

Solicitud de comunicaciones confidenciales: Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted respecto a asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede pedir que lo llamemos a su trabajo en lugar de su hogar. El hospital cumplirá con las solicitudes razonables de comunicación confidencial a ubicaciones alternativas o a través de medios alternativos **solo si la solicitud es presentada por escrito a nuestro Oficial de Privacidad.** No le preguntaremos la razón de su solicitud. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado.

Notificación de una violación: Usted tiene el derecho a ser notificado de cualquier violación de su información médica protegida no asegurada.

Una copia impresa de esta notificación: Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de esta notificación en cualquier momento. Incluso si usted ha aceptado recibir esta notificación de manera electrónica, usted todavía tiene derecho a una copia impresa de la misma. Usted puede obtener una copia de esta notificación en nuestro sitio web, www.CalhounLibertyHospital.com. **Para obtener una copia impresa de esta notificación, solicite una cuando se registre o ingrese como paciente o póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad.**

E. OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE REQUIEREN SU AUTORIZACION POR ESCRITO

Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos por esta notificación o las leyes aplicables se harán solo con su permiso por escrito. Si usted nos da permiso para usar o revelar su información médica, usted puede revocar ese permiso por escrito a nuestro Oficial de Privacidad, en cualquier momento. Si usted revoca su permiso, nosotros no usaremos ni revelaremos su información médica por las razones expuestas en su autorización escrita. Usted entiende que no podremos retirar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso, y que estamos obligados a retener nuestros registros de la atención médica que le hayamos brindado.

F. MODIFICACIONES A ESTA NOTIFICACIÓN

Nos reservamos el derecho a modificar la presente notificación y la notificación resultante revisada o modificada regira para la información que ya tengamos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. La presente notificación se publicará en la institución e incluirá la fecha de entrada en vigencia. Usted tiene el derecho a obtener una copia de la notificación actualizada si así lo solicita.

G. RECLAMOS

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar un reclamo ante el Oficial de Privacidad del CLH a la dirección que figura abajo o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todos los reclamos deben ser presentados por escrito. Usted no será penalizado por presentar una reclamación.

H. OFICIAL DE PRIVACIDAD DEL CALHOUN LIBERTY HOSPITAL ASSOCIATION, INC.

Puede comunicarse con el Oficial de Privacidad del CLH al 850-674-5411 Las peticiones o preguntas por escrito pueden ser enviadas a:

Privacy Officer o Director, Médical Records (para solicitudes de copias de registro)

Calhoun Liberty Hospital
20370 NE Burns Ave Blountstown, FL 32424

Secretary of the Department of Health and Human Services
Region IV-Office of Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
Atlanta Federal Center, Suite 3B70
61 Forsyth Street, SW
Atlanta, GA 30303-8980
Telefono: 404-562-7886 Fax: 404-562-7881
OCRComplaint@hhs.gov

09/2022

