

SUMMIT COMMUNITY CARE CLINIC-NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

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.

Your health information is personal, and Summit Community Care Clinic is committed to protecting it. Your health information is also an important part of our ability to provide you with quality care, and to comply with certain laws. These privacy practices are in compliance with HIPAA and HITECH regulations, which pertain to the use of private health information in written, oral and electronic formats. These privacy practices will serve as authority to access and share your health information as outlined by the terms of this notice as used by Summit Community Care Clinic to provide you with the best health care possible.

I. Understanding Your Health Information

Each time you visit Summit Community Care Clinic, an electronic record of your visit is created. This record usually contains your name and other information that may identify you, your symptoms, examination and test results, diagnoses, medications, treatment, plan for future health care, and financial information. This record is sometimes referred to as your "health record" and allows: Medical, dental and behavioral health providers to plan your treatment; Summit Community Care Clinic to obtain payment for services we provide to you; and Summit Community Care Clinic to measure the quality of care provided to you. We are committed to keeping your health information confidential. We will not use, or give to others, your health information without your written permission, except as stated in this notice.

II. How We Will Use and Give Out Your Health Information

a. Treatment, Payment, and Health Care Operations

We will use and give out your health information to provide you with health care treatments, to get paid for our services, and to help us operate our community health center. For example: We will give your health information, in verbal, written or electronic formats, to health care professionals, not on our staff, such as other doctors, pharmacies and hospital staff, who help care for you; we may bill you or a third party for services; we may use your health record to review our performance and make sure you receive quality health care.

b. Other Uses and Disclosures Allowed or Required by Law

Additional Uses and Disclosures that DO NOT Require Your Written Authorization: Public health activities, disclosures about victims of abuse, neglect or domestic violence, health oversight activities, judicial and administrative proceedings, law enforcement purposes, information about deceased persons, organ, eye or tissue donation purposes, research purposes, to avert a serious threat to health or safety, specialized government functions, workers' compensation and when required by law.

c. Other Uses and Disclosures Requiring Your Written Permission

For some types of health information, there may be stricter restrictions on our use or disclosure. For example, drug and alcohol abuse patient treatment information, HIV test results, mental health information, and genetic testing results may be subject to greater protection of your privacy. In general, we may disclose a minor patient's health information to a parent or guardian, but we may deny the parents' access to the minor patient's health information in some situations which are bound by stricter privacy laws. Except as stated above, we will use or give out your health information only after getting your written permission on an Authorization/Records Request Form. You may revoke your authorization at any time by notifying us in writing that you wish to do so.

III. Your Rights Regarding Your Health Information

Subject to certain legal limits, you have rights regarding the use and disclosure of your health information, including the rights to: Request limits on uses of your health information, receive confidential communications of your health information, inspect and copy your health information, request a change to your health information, receive a record of how we have used and given out your health information, restrict disclosures to health plans, and obtain a paper copy of this Notice of Privacy Practices.

IV. CORHIO and Health Information Exchange

As a patient of SCCC, your health information is automatically entered into an electronic exchange that is accessible by other health care providers. This results in better care because other providers can see your health history and treat you more effectively. You have the choice to opt-out of the electronic exchange, and also have the option of opting-in again if you change your mind. Please see the front desk staff for more information. In the case of a breach of unsecured protected health information, we will notify you as required by law. If you have provided us with a current email address, we may use email to communicate information related to the breach. In some circumstances our business associate may provide the notification. We may also provide notification by other methods as appropriate.

Questions, Concerns, and Changes to this Notice

If you have any questions or want to talk about any of the information in this Notice of Privacy Practices, please contact the Privacy Officer at the Summit Community Care Clinic at 668-4040.

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with Summit Community Care Clinic, or with the Secretary of the Department of Health and Human Services. All complaints must be submitted in writing. **We will not retaliate against you for filing a complaint.** We may change our Notice of Privacy Practices in the future. Such changes will apply to your health information that we created or received before the effective date of the change. We will notify you of any changes to our Notice of Privacy Practices by posting the changed notice at Summit Community Care Clinic and on our website.

I have received, read, and understand the Summit Community Care Clinic Notice of Privacy Practices

Patient Name: _____

Patient Signature: _____ Date: _____

AVISO SOBRE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD DE LA CLINICA COMUNITARIA DEL CONDADO DE SUMMIT
ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y DAR A CONOCER SU INFORMACIÓN MÉDICA, ASÍ COMO LA FORMA EN QUE USTED PUEDE TENER ACCESO A ELLA. POR FAVOR REVISE ESTA INFORMACION CON CUIDADO.

Su información médica es personal y la Clínica Comunitaria del Condado de Summit está comprometida en protegerla. Su información médica es también una parte importante dentro de nuestra capacidad de brindar un cuidado de calidad y conforme al cumplimiento de ciertas leyes. Estas prácticas de privacidad están reguladas por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) e Información de Salud Tecnológica para la Salud Clínica y Económica (HITECH), las cuales están relacionadas con el uso privado de información médica de forma escrita, oral y en formatos electrónicos. Estas prácticas de privacidad funcionan como poder de acceso para compartir su información médica en los términos que se describen en este documento por la Clínica Comunitaria del Condado de Summit para ofrecerle el mejor cuidado de salud posible.

I. Entienda su información de salud

Cada vez que visite la Clínica Comunitaria del Condado Summit se creará un registro electrónico de su visita. Este registro generalmente incluye su nombre y cualquier otra información por medio del cual será identificado, al igual que sus síntomas, exámenes, resultados, diagnósticos, medicamentos, tratamientos, recomendaciones de seguimiento e información financiera. A este registro algunas veces se le conoce como "expediente médico" o "registro médico". Este registro permite: Que proveedores médicos, dentales, y salud mental puedan planear su tratamiento; que la Clínica Comunitaria del Condado de Summit pueda obtener el pago por los servicios que le ofrecemos; y que la Clínica Comunitaria del Condado de Summit pueda evaluar la calidad del servicio que le brindamos. Nosotros estamos comprometidos a mantener la confidencialidad de su expediente médico. No utilizaremos o daremos a nadie su información sin su permiso por escrito, a excepción de los casos que se mencionan en este documento.

II. ¿Cómo se utilizará o se permitirá el acceso a su expediente médico?

a. Tratamiento, pago y asuntos relacionados con la atención de su salud.

Utilizaremos su expediente médico para darle tratamiento de salud, para obtener pago por nuestros servicios y para ayudarnos a manejar mejor nuestra clínica. Por ejemplo: Podemos dar su información de salud a otros centros de cuidados de salud u hospitales de forma verbal, por escrito o en formato electrónico a profesionales de salud que no son parte de nuestra clínica pero que nos están ayudando en el cuidado de su salud, así como doctores, farmacias y personal del hospital, quienes ayudan con el cuidado de su salud; también por el envío de una factura con referencia a los costos de los servicios ofrecidos por nuestra clínica o a la compañía de seguros; podemos utilizar su expediente médico para revisar nuestro desempeño y estar seguros de que usted está recibiendo un servicio de salud de buena calidad.

b. Otros usos de su información médica permitidos o requeridos por la ley.

Existen algunos casos donde **NO** se requiere de su autorización por escrito para revelar su información de su expediente médico: y actividades de salud pública, Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica, Actividades de regulación de salud, proceso judicial y administrativo, agencia del orden público, información sobre personas difuntas, donaciones de órganos, ojos, tejidos, investigaciones, impedir una amenaza de salud o seguridad, funciones especializadas del gobierno, compensación de trabajo y cuando sea requerido por la ley.

c. Otros usos de su expediente médico que requieren su permiso por escrito.

Ciertos tipos de información médica contienen restricciones estrictas en cuanto a su uso y revelación. Por ejemplo, información sobre el tratamiento de abuso de drogas y alcohol, resultados de SIDA, salud mental y exámenes genéticos, los cuales pueden que estén sujetos a una mayor protección. En general, existe la posibilidad de que se revele información médica a un padre o guardián de un paciente menor de edad, pero existe la posibilidad de que neguemos el acceso al expediente médico del menor en situaciones que esté vinculado con leyes de privacidad más estrictas.

A excepción de lo detallado anteriormente, nosotros utilizaremos y/o revelaremos su información únicamente si recibimos una autorización por escrito, utilizando la forma de Autorización/Solicitud de información médica. Usted puede revocar o cancelar su autorización en cualquier momento notificándonos por escrito.

III. Sus derechos con relación a su expediente médico

Su expediente médico está sujeto a ciertos límites legales. Usted tiene derechos sobre el uso de su expediente médico, incluyendo los derechos detallados a continuación: Solicitar límites en el uso de su expediente médico, recibir información médica de manera confidencial, revisar y copiar su expediente médico, solicitar algún cambio en el expediente médico, recibir un informe de cómo hemos utilizado y si hemos permitido el acceso a su expediente médico y obtener una copia de este documento sobre las normas de privacidad.

IV. CORHIO e Intercambio de Información de salud

Como paciente de la SCCC, su información de salud se introduce automáticamente en un intercambio electrónico que puede ser accedido por otros proveedores de atención médica. Esto se traduce en una mejor atención debido a que otros proveedores pueden ver su historial de salud y le tratan de manera más eficaz. Usted tiene la opción de darse de baja de la bolsa electrónica, y también tienen la opción de optar de nuevo si cambia de opinión. Por favor, consulte al personal de recepción para más información. En el caso de un incumplimiento de la información de salud protegida, se lo notificaremos como exige la ley. Si usted nos ha proporcionado una dirección de correo electrónico actual, podemos utilizar el correo electrónico para comunicar información relacionada con dicha violación. En algunas circunstancias, nuestro socio de negocios puede proporcionar la notificación. También podemos proporcionar notificación por otros métodos, según corresponda.

Preguntas, preocupaciones o cambios a esta notificación

Si tiene preguntas o comentarios acerca de la información contenida en este Aviso sobre las Prácticas de Privacidad, por favor comuníquese con el gerente de la Clínica Comunitaria del Condado Summit al (970)668-4040.

Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja formal en nuestra clínica o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. No tomaremos ninguna represalia en su contra por presentar una queja formal. Las políticas y prácticas de privacidad pueden cambiar en el futuro. Tales cambios podrán aplicarse a cualquier tipo de información sobre su salud que sea generada o recibida antes de la fecha efectiva del cambio. Cualquier cambio en nuestras políticas y prácticas de privacidad será anunciado y pondremos a su disposición el nuevo Aviso sobre las Prácticas de Privacidad en la Clínica Comunitaria del Condado Summit y página de internet.

Yo, he recibido, leído y comprendido las Prácticas de Privacidad de la Clínica Comunitaria del Condado de Summit.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____