

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES OF: Tallahassee Memorial Hospital and Tallahassee Memorial HealthCare, Inc.

Effective Date: April 14, 2003 Revised Date: June 1, 2017

This notice describes the privacy practices of all inpatient and outpatient departments and units of Tallahassee Memorial Hospital and all facilities operated by Tallahassee Memorial HealthCare, Inc. with the exception of Tallahassee Memorial Behavioral Health Center.

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 Tallahassee Memorial HealthCare, Inc. and its operations. We may disclose certain information to the TMH 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 Tallahassee Memorial HealthCare 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 TMH Privacy Officer for further information on the specific sites which are affiliated with TMH.

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 Tallahassee Memorial HealthCare 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 off 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.tmh.org. 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 TMH 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. TALLAHASSEE MEMORIAL HEALTHCARE PRIVACY OFFICER

You may contact the TMH Privacy Officer at 850-431-5339. Written requests or inquiries may be sent to:

Privacy Officer (OR) Director, Medical Records (for record copy request)
Tallahassee Memorial HealthCare, Inc.
1300 Miccosukee Road
Tallahassee, FL 32308

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

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE: Tallahassee Memorial Hospital y Tallahassee Memorial HealthCare, Inc.

Fecha de entrada en vigencia: 14 de abril de 2003 Fecha de Revisión: 1 de junio de 2017

Esta notificación describe las prácticas de privacidad de los pacientes hospitalizados, departamentos ambulatorios y unidades del Tallahassee Memorial Hospital y todas las instalaciones operadas por el Tallahassee Memorial HealthCare, Inc., con la excepción del Tallahassee Memorial Behavioral Health Center.

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 enumeraran 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 Tallahassee Memorial HealthCare, Inc. y sus operaciones. Podremos revelar cierta información a la Fundación TMH 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 Tallahassee Memorial HealthCare 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 TMH para obtener más información sobre los sitios específicos que están afiliados al TMH.**

Arreglo organizado de atención médica: Nuestras instalaciones y sus miembros del personal médico comparten un arreglo organizado de atención médica. La información se compartirá 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 Tallahassee Memorial HealthCare 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 u 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.tmh.org. **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 TMH 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 TALLAHASSEE MEMORIAL HEALTHCARE

Puede comunicarse con el Oficial de Privacidad del TMH al 850-431-5339. Las peticiones o preguntas por escrito pueden ser enviadas a:

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

Tallahassee Memorial HealthCare, Inc.
1300 Miccosukee Road Tallahassee, FL 32308

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



**TALLAHASSEE
MEMORIAL
HEALTHCARE**

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES OF: Tallahassee Memorial Behavioral Health Center

Effective Date: April 14, 2003 Revised Date: June 1, 2017

This notice describes the privacy practices of all inpatient and outpatient departments and units of Tallahassee Memorial Behavioral Health Center.

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.

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.

A. 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 is currently in effect.

B. 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.

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 inform 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 an order of the court.

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.

Affiliated Covered Entities: Protected health information will be made available to personnel at all facilities affiliated with and managed by Tallahassee Memorial Healthcare 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 TMH Privacy Officer for further information on the specific sites which are affiliated with TMH.**

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: When a written release is executed, we may include certain limited information about you in our facility directory while you are a patient here. This information will only include your name and location. This information will only be released to the individuals you designate on the Release of Information form.

Individuals Involved in Your Care or Payment for Your Care: When a release is executed, we may release: treatment, billing and payment information about you to individuals you designate on the Release of Information form. 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 the TMBHC Privacy Officer Designee 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 Tallahassee Memorial HealthCare 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 the TMBHC Privacy Officer Designee.** 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 the TMBHC Privacy Officer Designee.**

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 the TMBHC Privacy Officer Designee. 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.

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 the TMBHC Privacy Officer Designee.** 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.tmh.org. **To obtain a paper copy of this notice, please request one when you register or check-in as a patient or contact the TMBHC Privacy Officer Designee.**

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 TMBHC Privacy Officer Designee 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. TALLAHASSEE MEMORIAL BEHAVIORAL HEALTH CENTER PRIVACY OFFICER DESIGNEE

You may contact the TMBHC Privacy Officer Designee through our facility switchboard at 850-431-5100. Written requests or inquiries may be sent to:

TMBHC Privacy Officer Designee
Tallahassee Memorial Behavioral Health Center
1616 Physicians Drive
Tallahassee, FL 32308

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



**TALLAHASSEE
MEMORIAL**
HEALTHCARE

COMUNICADO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE: Tallahassee Memorial Behavioral Health Center

Fecha de entrada en vigencia: 14 de abril de 2003 Fecha de revisión: 1 de junio de 2017
Este comunicado describe las prácticas de privacidad de todos los departamentos y unidades de pacientes hospitalizados y ambulatorios de Tallahassee Memorial Behavioral Health Center.

ESTE COMUNICADO DESCRIBE DE QUÉ MOD SU INFEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO ACCEDER A LA MISMA. LÉALO ATENTAMENTE.

PROPÓSITO DEL COMUNICADO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Cada vez que usted se atiende en nuestro hospital o en uno de los centros afiliados, registramos la atención y los servicios que recibe. Este registro documenta, por ejemplo, la siguiente información: examen físico, resultados de análisis, diagnóstico, tratamiento, planes de cuidados futuros e información relacionada con la facturación. Necesitamos contar con este registro para poder brindarle una atención de calidad y cumplir con ciertos requerimientos legales. Este comunicado describe el tipo de información que reunimos sobre usted como paciente, con quién podemos compartir dicha información y las medidas que hemos implementado para protegerla. Se aplica a todos los registros relacionados con su atención y que han sido creados por el personal, los representantes del hospital o su médico. Tenga en cuenta que su médico puede entregarle un comunicado sobre el uso y la divulgación de información relacionada con su salud en su consultorio particular.

A. NUESTRA OBLIGACIÓN LEGAL CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

La ley nos exige que no solo conservemos la privacidad de cualquier información médica que lo identifique, sino que también le entreguemos una descripción de nuestras prácticas de privacidad relacionadas con la misma. Obedeceremos las leyes aplicables y los términos del comunicado que esté vigente en este momento.

B. CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

1. Usos y divulgaciones permitidos y obligatorios de información relacionada con la salud que NO requieren de su autorización escrita o la oportunidad de que usted preste o niegue su consentimiento

Las siguientes categorías describen las distintas maneras en las que podemos usar y divulgar información médica y ejemplos de cada tipo de información. No se enumerará cada uno de los posibles usos o divulgaciones correspondientes a una categoría.

Para tratamiento: Podemos usar la información relacionada con su salud para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar su información médica a médicos, enfermeras, técnicos, médicos residentes u otros profesionales del cuidado de la salud que participan en los cuidados que se le brindan. Por ejemplo, es posible que un médico que lo trata por una fractura en su pierna pueda necesitar saber si tiene diabetes porque la diabetes puede lentificar el proceso de sanación. Diferentes profesionales del cuidado de la salud también pueden compartir información relacionada con su salud a fin de coordinar las diferentes cosas que puede necesitar, por ejemplo, medicamentos, trabajo en laboratorio, comidas y radiografías.

Para pago: Podemos usar y divulgar información médica sobre su tratamiento y servicios a fin de poder facturar y cobrar la atención brindada, ya sea a usted, su compañía de seguros o tercero pagador. Por ejemplo, es posible que debamos brindar a su compañía de seguros información sobre el tratamiento que recibió para que nos pague directamente o le hagan un reintegro. También podemos usar y divulgar información médica sobre usted para autorizar el tratamiento de antemano o determinar si el plan de su seguro cubrirá el tratamiento. Podemos contactarlo por cuestiones relacionadas con temas de facturación/cobro. Inclusive, podemos dejarle un mensaje en su contestador automático/correo 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 comerciales: Algunos de los servicios que brindamos en nuestra organización se ofrecen mediante contratos celebrados con socios comerciales. Podemos divulgar información sobre su salud a nuestros socios comerciales de modo que ellos puedan realizar el trabajo que le solicitamos.

Entre algunos de los ejemplos se encuentran empresas de contadores públicos cuyos servicios contables incluyen acceso a información protegida relacionada con la salud, centros de intercambio de información sobre el cuidado de la salud que comunican reclamos en nuestro nombre, transcritores médicos quienes escriben los informes médicos en una computadora o el servicio de copiado que usamos para realizar copias de nuestros registros de salud. Para proteger su privacidad, solicitamos a cada uno de nuestros socios comerciales que firmen un acuerdo que los obliga a emplear medidas adecuadas para garantizar que la información sobre su salud esté protegida.

Directores de funerarias y médicos forenses: De acuerdo a la ley aplicable, podemos usar y divulgar su información médica para informar a los directores de funerarias y médicos forenses en el caso de su fallecimiento.

Investigación: Podemos divulgar información a investigadores cuando una junta de revisión institucional que haya analizado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información médica, hubiera aprobado dicha investigación u otorgado una renuncia del requerimiento de autorización.

Comunicaciones futuras: Podemos comunicarnos con usted a través de boletines, mensajes de correo u otros medios en relación con las opciones de tratamiento, información relacionada con la salud, programas de gestión de enfermedades, programas de bienestar u otras iniciativas o actividades comunitarias en las cuales nuestros centros participen.

Según requerimiento legal: Divulgaremos información médica sobre usted cuando así lo requiera la ley federal, estadual o local. Esto puede incluir, pero no se limita a los pedidos de los siguientes tipos de entidades: 1) La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos; 2) Autoridades legales o de salud pública responsables de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; 3) Autoridad gubernamental que por ley recibe los informes de abuso infantil y negligencia; 4) Servicios de protección a víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica; 5) Institutos correccionales; 6) Agentes de compensación a trabajadores; 7) Organizaciones de donación de órganos y tejidos; 8) Autoridades de comandos militares; 9) Agencias de supervisión sanitaria; 10) Agencias de seguridad nacional e inteligencia; 11) Servicios de protección del presidente y terceros.

Cumplimiento de la ley / Procedimientos legales: Podemos divulgar información sobre salud a fin de cumplir con la ley según fuera requerido legalmente o en respuesta a una orden judicial.

Recordatorios de consultas: Podemos usar y divulgar información médica para comunicarnos con usted a fin de enviarle un recordatorio de una consulta relacionada con un tratamiento o atención médica. Esto puede incluir dejar un mensaje en su contestador automático/correo de voz.

Entidades afiliadas cubiertas: La información protegida relacionada con la salud estará disponible para el personal en todos los centros afiliados y administrados por Tallahassee Memorial Healthcare según las necesidades para cumplir con el tratamiento, el pago y las operaciones relacionadas con la atención médica. Cuidadores en otros centros pueden tener acceso a información protegida relacionada con la salud en los lugares donde prestan servicio para ayudar a analizar la información de tratamientos anteriores en la medida que dicha información pueda afectar al tratamiento en curso.

Comuníquese con el Funcionario encargado de la privacidad en TMH para obtener más información sobre cuáles son los centros específicos afiliados a TMH.

Acuerdo organizado de atención médica: Nuestros centros y su personal médico comparten un acuerdo organizado de atención médica. La información se compartirá según sea necesario para efectuar el tratamiento, el pago y las operaciones relacionadas con la atención médica. Los médicos y cuidadores pueden tener acceso a información protegida relacionada con la salud en sus consultorios para ayudar a analizar la información sobre tratamientos anteriores en la medida que dicha información pueda afectar al tratamiento en curso.

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 protegida relacionada con la salud para elaborar información no identificada que no pueda identificarse individualmente.

2. Usos y divulgaciones de información relacionada con su salud que Sí requieren Que

usted tenga la oportunidad de prestar o negar su consentimiento

Podemos divulgar los siguientes tipos de información sobre su salud, si se le informa por anticipado del uso y la divulgación, y usted ha tenido la oportunidad de prestar su consentimiento y prohibir o restringir el uso o la divulgación de dicha información. Podemos informarle oralmente o por escrito acerca de estos tipos de usos y divulgaciones, y usted puede prestar su consentimiento u oponerse oralmente o por escrito a tales usos y divulgaciones.

Directorio: Cuando se realiza una divulgación escrita de nuestro directorio, podemos incluir una cantidad limitada de información sobre usted por el tiempo que estuvo hospitalizado en nuestro centro. Esta información solo incluirá su nombre y ubicación. Esta información solo se dará a conocer a los individuos que usted designe en el formulario de Divulgación de información.

Individuos involucrados en su atención o pago de su atención: Cuando se realiza esta divulgación, podemos incluir la siguiente información: tratamiento, datos sobre facturación y pago sobre usted a los individuos que usted designe en el formulario titulado Divulgación de información. Además, podemos divulgar información relacionada con su salud a una entidad que contribuya a aliviar los efectos de una catástrofe de modo que su familia tenga conocimiento de su condición, estado y ubicación.

Intercambio de información sobre salud: Podemos divulgar información protegida relacionada con la salud a una organización que se dedica 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, así como también para otros fines que sean acordes a la ley federal y estadual. **Si no desea compartir la información protegida relacionada con su salud con una organización dedicada al intercambio de información médica, informe su decisión al personal de Admisión y solicite el "Formulario para no compartir información protegida relacionada con la salud".**

3. Usos y divulgaciones de información relacionada con su salud que Sí requieren de su Autorización

Los siguientes usos y divulgaciones se realizarán únicamente previa autorización escrita: 1) La mayoría de los usos y divulgaciones de informes de psicoterapia; 2) Divulgaciones que constituyen la venta de información protegida relacionada con su salud; 3) Usos y divulgaciones para marketing.

D. SUS DERECHOS RESPECTO DE SU INFORMACIÓN MÉDICA

Su historia clínica es propiedad física de su profesional del cuidado de la salud o centro que la recopiló; sin embargo, **usted tiene el derecho de:**

Inspeccionar y copiar: Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de la información sobre salud que puede usarse para tomar decisiones sobre su atención médica. Por lo general, esto incluye los registros médicos y de facturación, pero excluye los informes de psicoterapia. **Para inspeccionar y obtener una copia de su información médica, debe entregar el pedido por escrito al Funcionario encargado de la privacidad designado por TMBHC en la dirección que se incluye al final de este comunicado.**

Si solicita una copia de la información, podemos cobrarle un honorario por los costos de realización de las copias, envío por correo u otros insumos relacionados con su pedido. Podemos rechazar su solicitud de inspeccionar y realizar copias en algunas circunstancias. Si se le niega el acceso a la información médica, usted puede solicitar que se revea ese rechazo. Otro profesional del cuidado de la salud habilitado y seleccionado por Tallahassee Memorial HealthCare revisará su solicitud y rechazo. Acataremos el resultado de dicha revisión.

Enmendar: Si usted siente que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitar que la modifiquemos. Usted tiene el derecho de solicitar que se corrija dicha información en la medida que la misma permanezca o se conserve en el centro. **Para solicitar una modificación, debe presentar su pedido por escrito y entregarlo al Funcionario encargado de la privacidad designado por TMBHC.** Además, debe justificar su pedido con un fundamento. Podemos rechazar su solicitud de enmienda y, si esto sucede, será notificado del motivo del rechazo.

Informe de las divulgaciones: Usted tiene el derecho de solicitar que se le informe las divulgaciones realizadas. Se trata de un listado de ciertas divulgaciones que realizamos respecto de la información relacionada con su salud para otros fines que no sean de tratamiento, pago u operaciones relacionadas con la atención médica donde no se necesitó autorización. **Para solicitar un informe de divulgaciones, debe entregar su pedido por escrito al Funcionario encargado de la privacidad designado por TMBHC.**

Solicitar restricciones: Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación con respecto a la información relacionada con la salud que usamos o divulgamos de su tratamiento, pago u operaciones relacionadas con la atención médica. También tiene el derecho de solicitar una restricción con respecto a la información relacionada con la salud que divulgamos sobre usted a alguna persona que está involucrada en su atención o pago de la misma, por ejemplo, familiar o amigo. Por ejemplo, podría exigir que no usemos o divulguemos información sobre una cirugía a la que se sometió. A excepción de los "Pagos en efectivo" que se describen a continuación, no debemos prestar nuestro consentimiento a su pedido. Si lo hacemos, cumpliremos con su solicitud salvo que la información sea necesaria para brindarle un tratamiento de emergencia.

Para solicitar restricciones, debe realizar su pedido por escrito ante el Funcionario encargado de la privacidad designado por TMBHC. En su solicitud, debe informarnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar el uso, la divulgación de la información o ambos de nuestra parte; y (3) con quién desea que se apliquen estas limitaciones. Las restricciones pueden cancelarse con su consentimiento oral o escrito, su solicitud escrita o al recibir un comunicado de nuestra parte donde se le informe nuestra cancelación del acuerdo con respecto a una restricción.

Pagos en efectivo: Si usted prefiere que no facturemos un servicio o artículo específico a su plan de salud y, oportunamente, usted ha realizado el pago en efectivo por el monto total de dicho servicio o artículo específico, entonces tiene el derecho de solicitar que la información protegida relacionada con su salud con respecto a dicho artículo o servicio no sea divulgada a un plan de salud para fines de pago u operaciones relacionadas con la atención médica, y nosotros cumpliremos con dicho pedido. Su pedido para limitar la divulgación de esta manera debe entregarse por escrito.

Solicitud de comunicaciones confidenciales: Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted en relación a cuestiones médicas de cierta forma o en un determinado lugar. Por ejemplo, puede solicitar que lo contactemos en su trabajo en lugar de su hogar. El establecimiento entregará solicitudes razonables para comunicaciones confidenciales en lugares alternativos y/o medios alternativos **solo si el pedido se entrega por escrito al Funcionario encargado de la privacidad designado por TMBHC.** No le preguntaremos el motivo de su pedido. Su pedido debe especificar cómo y dónde desea ser contactado.

Notificación de una divulgación no autorizada: Usted tiene el derecho de ser notificado de cualquier divulgación no autorizada de la información protegida relacionada con su salud.

Copia en papel de este comunicado: Usted tiene el derecho de obtener una copia en papel de este comunicado en cualquier momento. Incluso si ya ha acordado recibir este comunicado de modo electrónico, aun así tiene el derecho de recibir una copia en papel del mismo. Puede obtener una copia de este comunicado en nuestro sitio web, www.tmh.org. **Para obtener una copia en papel de este comunicado, solicítela cuando se registra o realiza la admisión como paciente o comuníquese con el Funcionario encargado de la privacidad designado por TMBHC.**

E. OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE REQUIEREN DE AUTORIZACIÓN ESCRITA

Otros usos y divulgaciones de la información médica no incluida en este comunicado o las leyes a las que debemos someternos se realizarán únicamente con su autorización escrita. Si usted nos otorga permiso para usar o divulgar su información médica, puede revocar ese permiso por escrito en cualquier momento y enviarlo a nuestro Funcionario encargado de la privacidad. Si revoca su autorización, no continuaremos usando o divulgando información relacionada con su salud por los motivos amparados por su autorización escrita. Usted entiende que no podemos retirar las divulgaciones que ya hayamos hecho con su permiso, y que debemos conservar nuestros registros que incluyen los cuidados que le hemos brindado.

F. CAMBIOS A ESTE COMUNICADO

Nos reservamos el derecho de cambiar este comunicado y la versión revisada o modificada del mismo tendrá validez para la información que ya tenemos sobre usted, así como también cualquier información que recibamos en el futuro. Este comunicado se colocará en carteles en el centro e incluirá la fecha de vigencia. Usted tiene el derecho de obtener una copia revisada del comunicado si así lo solicita.

G. RECLAMOS

Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar un reclamo ante el Funcionario encargado de la privacidad designado por TMBHC en la dirección que se indica a continuación o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Sociales. Todos los reclamos deben presentarse por escrito. **No se lo sancionará por presentar un reclamo.**

H. FUNCIONARIO ENCARGADO DE LA PRIVACIDAD DESIGNADO POR TALLAHASSEE MEMORIAL BEHAVIORAL HEALTH CENTER

Puede contactarse con el Funcionario encargado de la privacidad designado por TMBHC llamando al conmutador del centro al 850-431-5100. Puede enviar solicitudes o consultas por escrito a:

Funcionario encargado de la privacidad de TMBHC
Tallahassee Memorial Behavioral Health Center
1616 Physicians Drive
Tallahassee, FL 32308

Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos
Región IV - Oficina de Derechos Civiles
Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
Atlanta Federal Center, Suite 3B70
61 Forsyth Street, SW
Atlanta, GA 30303-8980
Teléfono: 404-562-7886 Fax: 404-562-7881
OCRComplaint@hhs.gov



**TALLAHASSEE
MEMORIAL**
HEALTHCARE