

West County Health Centers HIPAA 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.**

For more information see: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

OUR OBLIGATIONS:

We are required by law to:

- Maintain the privacy of protected health information
- Give you this notice of our legal duties and privacy practices regarding health information about you
- Follow the terms of our notice that is currently in effect

HOW WE MAY USE AND DISCLOSE HEALTH INFORMATION:

The following describes the ways we may use and disclose health information that identifies you ("Health Information"). Except for the purposes described below, we will use and disclose Health Information only with your written permission. You may revoke such permission at any time by writing to our Privacy Officer.

For Treatment. We may use and disclose Health Information for your treatment and to provide you with treatment-related health care services. For example, we may disclose Health Information to doctors, nurses, technicians, or other personnel, including people outside our office, who are involved in your medical care and need the information to provide you with medical care.

For Payment. We may use and disclose Health Information so that we or others may bill and receive payment from you, an insurance company or a third party for the treatment and services you received. For example, we may give your health plan information about you so that they will pay for your treatment.

For Health Care Operations. We may use and disclose Health Information for health care operations purposes. These uses and disclosures are necessary to make sure that all of our patients receive quality care and to operate and manage our office. For example, we may use and disclose information to make sure the obstetrical or gynecological care you receive is of the highest quality. We also may share information with other entities that have a relationship with you (for example, your health plan) for their health care operation activities.

West County Health Centers, Inc. participates in an "organized health care arrangement" with Aliados Health and participating organizations ("Other Participants"). A list of Other Participants to the organized health care arrangement is maintained on Aliados Health's website at www.aliadoshealth.org. Through this organized health care arrangement Covered Entity and the Other Participants participate in joint utilization review, quality assessment and improvement activities, and payment activities. Covered Entity will use your information, and may from time to time disclose your information, to the Other

Participants for treatment, payment, or health care operations purposes on behalf of that organized health care arrangement.

Appointment Reminders, Treatment Alternatives and Health Related Benefits and Services. We may use and disclose Health Information to contact you to remind you that you have an appointment with us. We also may use and disclose Health Information to tell you about treatment alternatives or health-related benefits and services that may be of interest to you.

Individuals Involved in Your Care or Payment for Your Care. When appropriate, we may share Health Information with a person who is involved in your medical care or payment for your care, such as your family or a close friend. We also may notify your family about your location or general condition or disclose such information to an entity assisting in a disaster relief effort.

Research. Under certain circumstances, we may use and disclose Health Information for research. For example, a research project may involve comparing the health of patients who received one treatment to those who received another, for the same condition. Before we use or disclose Health Information for research, the project will go through a special approval process. Even without special approval, we may permit researchers to look at records to help them identify patients who may be included in their research project or for other similar purposes, as long as they do not remove or take a copy of any Health Information.

SPECIAL SITUATIONS:

As Required by Law. We will disclose Health Information when required to do so by international, federal, state or local law.

To Avert a Serious Threat to Health or Safety. We may use and disclose Health Information when necessary to prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of the public or another person. Disclosures, however, will be made only to someone who may be able to help prevent the threat.

Business Associates. We may disclose Health Information to our business associates that perform functions on our behalf or provide us with services if the information is necessary for such functions or services. For example, we may use another company to perform billing services on our behalf. All of our business associates are obligated to protect the privacy of your information and are not allowed to use or disclose any information other than as specified in our contract.

Organ and Tissue Donation. If you are an organ donor, we may use or release Health Information to organizations that handle organ procurement or other entities engaged in procurement, banking or transportation of organs, eyes or tissues to facilitate organ, eye or tissue donation and transplantation.

Military and Veterans. If you are a member of the armed forces, we may release Health Information as required by military command authorities. We also may release Health Information to the appropriate foreign military authority if you are a member of a foreign military.

Workers' Compensation. We may release Health Information for workers' compensation or similar programs. These programs provide benefits for work-related injuries or illness.

Public Health Risks. We may disclose Health Information for public health activities. These activities generally include disclosures to prevent or control disease, injury or disability; report births and deaths; report child abuse or neglect; report reactions to medications or problems with products; notify people of recalls of products they may be using; a person who may have been exposed to a disease or may be at risk for contracting or spreading a disease or condition; and the appropriate government authority if we believe a patient has been the victim of abuse, neglect or domestic violence. We will only make this disclosure if you agree or when required or authorized by law.

Health Oversight Activities. We may disclose Health Information to a health oversight agency for activities authorized by law. These oversight activities include, for example, audits, investigations, inspections, and licensure. These activities are necessary for the government to monitor the health care system, government programs, and compliance with civil rights laws.

Data Breach Notification Purposes. We may use or disclose your Protected Health Information to provide legally required notices of unauthorized access to or disclosure of your health information.

Lawsuits and Disputes. If you are involved in a lawsuit or a dispute, we may disclose Health Information in response to a court or administrative order. We also may disclose Health Information in response to a subpoena, discovery request, or other lawful process by someone else involved in the dispute, but only if efforts have been made to tell you about the request or to obtain an order protecting the information requested.

Law Enforcement. We may release Health Information if asked by a law enforcement official if the information is: (1) in response to a court order, subpoena, warrant, summons or similar process; (2) limited information to identify or locate a suspect, fugitive, material witness, or missing person; (3) about the victim of a crime even if, under certain very limited circumstances, we are unable to obtain the person's agreement; (4) about a death we believe may be the result of criminal conduct; (5) about criminal conduct on our premises; and (6) in an emergency to report a crime, the location of the crime or victims, or the identity, description or location of the person who committed the crime.

Coroners, Medical Examiners and Funeral Directors. We may release Health Information to a coroner or medical examiner. This may be necessary, for example, to identify a deceased person or determine the cause of death. We also may release Health Information to funeral directors as necessary for their duties.

National Security and Intelligence Activities. We may release Health Information to authorized federal officials for intelligence, counter-intelligence, and other national security activities authorized by law.

Protective Services for the President and Others. We may disclose Health Information to authorized federal officials so they may provide protection to the President, other authorized persons or foreign heads of state or to conduct special investigations.

Inmates or Individuals in Custody. If you are an inmate of a correctional institution or under the custody of a law enforcement official, we may release Health Information to the correctional institution or law enforcement official. This release would be if necessary: (1) for the institution to provide you with health care; (2) to protect your health and safety or the health and safety of others; or (3) the safety and security of the correctional institution.

USES AND DISCLOSURES THAT REQUIRE US TO GIVE YOU AN OPPORTUNITY TO OBJECT AND OPT OUT

Individuals Involved in Your Care or Payment for Your Care. Unless you object, we may disclose to a member of your family, a relative, a close friend or any other person you identify, your Protected Health Information that directly relates to that person's involvement in your health care. If you are unable to agree or object to such a disclosure, we may disclose such information as necessary if we determine that it is in your best interest based on our professional judgment.

Disaster Relief. We may disclose your Protected Health Information to disaster relief organizations that seek your Protected Health Information to coordinate your care, or notify family and friends of your location or condition in a disaster. We will provide you with an opportunity to agree or object to such a disclosure whenever we practically can do so.

YOUR WRITTEN AUTHORIZATION IS REQUIRED FOR OTHER USES AND DISCLOSURES

The following uses and disclosures of your Protected Health Information will be made only with your written authorization:

1. Uses and disclosures of Protected Health Information for marketing purposes; and
2. Disclosures that constitute a sale of your Protected Health Information

Other uses and disclosures of Protected Health Information not covered by this Notice or the laws that apply to us will be made only with your written authorization. If you do give us an authorization, you may revoke it at any time by submitting a written revocation to our Privacy Officer and we will no longer disclose Protected Health Information under the authorization. But disclosure that we made in reliance on your authorization before you revoked it will not be affected by the revocation.

YOUR RIGHTS:

You have the following rights regarding Health Information we have about you:

Right to Inspect and Copy. You have a right to inspect and copy Health Information that may be used to make decisions about your care or payment for your care. This includes medical and billing records, other than psychotherapy notes. To inspect and copy this Health Information, you must make your request, in writing, to our Privacy Officer at the address below. We have up to 30 days to make your Protected Health Information available to you and we may charge you a reasonable fee for the costs of copying, mailing or other supplies associated with your request. We may not charge you a fee if you need the information for a claim for benefits under the Social Security Act or any other state or federal needs-based benefit program. We may deny your request in certain limited circumstances. If we do deny your request, you have the right to have the denial reviewed by a licensed healthcare professional who was not directly involved in the denial of your request, and we will comply with the outcome of the review.

Right to an Electronic Copy of Electronic Medical Records. If your Protected Health Information is maintained in an electronic format (known as an electronic medical record or an electronic health record), you have the right to request that an electronic copy of your record be given to you or transmitted to another individual or entity. We will make every effort to provide access to your Protected Health Information in the form or format you request, if it is readily producible in such form or format. If the Protected Health Information is not readily producible in the form or format you request your record will be provided in either our standard electronic format or if you do not want this

form or format, a readable hard copy form. We may charge you a reasonable, cost-based fee for the labor associated with transmitting the electronic medical record.

Right to Get Notice of a Breach. You have the right to be notified upon a breach of any of your unsecured Protected Health Information.

Right to Amend. If you feel that Health Information we have 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 our office. To request an amendment, you must make your request, in writing, to our Privacy Officer at the address below.

Right to an Accounting of Disclosures. You have the right to request a list of certain disclosures we made of Health Information for purposes other than treatment, payment and health care operations or for which you provided written authorization. To request an accounting of disclosures, you must make your request, in writing, to our Privacy Officer at the address below.

Right to Request Restrictions. You have the right to request a restriction or limitation on the Health Information we use or disclose for treatment, payment, or health care operations. You also have the right to request a limit on the Health Information we disclose to someone involved in your care or the payment for your care, like a family member or friend. For example, you could ask that we not share information about a particular diagnosis or treatment with your spouse. To request a restriction, you must make your request in writing, and either deliver to the front office of your primary care office, or mail to: {YOUR PRIMARY CARE SITE} – West County Health Centers – PO Box 1449 – Guerneville, CA 95446. We are not required to agree to your request unless you are asking us to restrict the use and disclosure of your Protected Health Information to a health plan for payment or health care operation purposes and such information you wish to restrict pertains solely to a health care item or service for which you have paid us “out-of-pocket” in full. If we agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide you with emergency treatment.

Out-of-Pocket-Payments. If you paid out-of-pocket (or in other words, you have requested that we not bill your health plan) in full for a specific item or service, 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.

Right to 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 can ask that we only contact you by mail or at work. To request confidential communications, you must make your request, in writing, to the front office of your primary care site. Your request must specify how or where you wish to be contacted. We will accommodate reasonable requests.

Right to a Paper Copy of This Notice. You have the right to a paper copy of this notice. You may ask us to give you a copy of this notice at any time. 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 web site, www.wchealth.org. To obtain a paper copy of this notice, you may visit one of our sites or contact our Privacy Officer at the address below.

CHANGES TO THIS NOTICE:

We reserve the right to change this notice and make the new notice apply to Health Information we already have as well as any information we receive in the future. We will post a copy of our current notice at our office. The notice will contain the date of update on the first page, in the top right-hand corner.

COMPLAINTS:

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with our office or with the Secretary of the Department of Health and Human Services by filling out the Grievance Form (available on our website or by request from any West County Health Centers staff member) and either bringing it to any West County Health Centers front desk or mailing it to:

West County Health Centers
c/o Privacy Officer
PO Box 1449
Guerneville, CA 95446

You will not be penalized for filing a complaint.

West County Health Centers
Aviso HIPAA de Prácticas de Privacidad

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y
DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.
POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.**

Para más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

NUESTRAS OBLIGACIONES:

Estamos obligados por ley a:

- Mantener la privacidad de la información de salud protegida
- Darle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a información médica sobre usted
- Cumplir con los términos de nuestro aviso que está actualmente en efecto

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD:

Lo siguiente describe las maneras que podemos utilizar y divulgar su información de salud que lo identifica a usted ("Información de Salud"). Excepto para los fines que se describen a continuación, podemos utilizar y divulgar su información de salud con autorización por escrito. Usted puede revocar tal permiso en cualquier momento escribiendo a nuestro Oficial de Privacidad.

Para Tratamiento. Podemos usar y revelar Información de Salud para su tratamiento y para proporcionarle servicios-relacionados con el tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar Información de Salud a doctores, enfermeras, técnicos y otro personal, incluyendo gente fuera de nuestra oficina, quienes están involucrados en su cuidado médico y necesitan la información para proporcionarle cuidado médico.

Para el Pago. Podemos utilizar y divulgar la Información de Salud para que nosotros u otros podamos cobrar y recibir pago de usted, una compañía de seguros o un tercer partido para el tratamiento y servicios que recibió. Por ejemplo, nosotros podemos darle información a su plan de salud para que paguen su tratamiento.

Para Operaciones del Cuidado de la Salud. Podemos utilizar y divulgar Información de Salud para fines operativos. Estos usos y divulgaciones son necesarias para asegurarnos de que todos nuestros pacientes reciban cuidados de calidad y para operar y administrar nuestra oficina. Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar información para asegurarnos de que el cuidado obstétrico o ginecológico que recibe sea de la más alta calidad. También podemos compartir información con otras entidades que tienen una relación con usted (por ejemplo, su plan de salud) para sus actividades de operación del cuidado de la salud.

West County Health Centers, Inc. participa en un "acuerdo organizado de atención médica" con Aliados Health y agencias afiliadas ("Otras Agencias Participantes"). Los nombres de las Otras Agencias Participantes se mantiene en el sitio del internet del Aliados Health, ubicado en el www.aliadoshealth.org. A través del este acuerdo organizado de atención médica la Entidad y Otras Agencias Participantes participan en revisión de la utilización de actividades conjuntas, evaluaciones de calidad y de mejoramiento, y actividades de pago. La Entidad usará su información, y a veces compartir

su información con las Otras Agencias Participantes, para los fines de proveer tratamiento, obtener pago, o apoyar operaciones de atención médica de parte del acuerdo organizado de atención médica.

Recordatorios de Citas, Alternativas de Tratamiento y Servicios y Beneficios Relacionados con la Salud.

Podemos utilizar y divulgar información médica para comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita con nosotros. También podemos usar y divulgar información médica para informarle sobre alternativas de tratamiento o servicios, o sobre beneficios relacionados con la salud que puedan ser de interés para usted.

Individuos Involucrados en su Salud o Pago por su Cuidado. Cuando sea apropiado podemos compartir Información de Salud con una persona que está involucrada en su cuidado médico o el pago de su cuidado, como tu familiar o amigo cercano. También podemos notificar a su familia sobre su ubicación o condición general o divulgar dicha información a una entidad que esté asistiendo en un esfuerzo de alivio de desastres.

Investigación. Bajo circunstancias, nosotros podemos usar y divulgar información médica para la investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede involucrar comparar la salud de los pacientes que reciben un tratamiento a aquellos que no recibieron otro, para la misma condición. Antes de que usemos o divulguemos información médica para la investigación, el proyecto pasara por un proceso especial de aprobación. Incluso sin autorización especial, aun podemos permitir investigadores que vean los archivos para ayudar a identificar a los pacientes que pueden ser incluidos en su proyecto de investigación o para otros propósitos similares, mientras que no elimine o tome una copia de cualquier Información de Salud.

SITUACIONES ESPECIALES:

Como es Requerido por la Ley. Divulgaremos información médica cuando sea requerido por la ley internacional, federal, estatal o local.

Para Evitar una Amenaza Grave para la Salud o Seguridad. Podemos divulgar Información de Salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona. Las revelaciones, sin embargo, sólo se harán a alguien que pueda ser capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

Asociados de Negocio. Podemos divulgar Información de Salud a nuestros asociados de negocios que realizan funciones en nuestro nombre o nos proporcionan servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Por ejemplo, podemos utilizar otra compañía para realizar nuestros servicios de facturación (cobros) en nuestro nombre. Todos nuestros socios están obligados a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar o divulgar cualquier información distintos a los especificados en el contrato.

Donación de Órganos y Tejidos. Si usted es un donante de órganos, podemos utilizar o divulgar Información de Salud a las organizaciones que manejan la adquisición de órganos u otras entidades dedicadas a la contratación, banca o transporte de órganos, ojos o tejidos para facilitar donación de órganos, ojos o tejidos y transporte.

Militares y Veteranos. Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar Información de Salud según lo requerido por las autoridades de comando militar. También podemos divulgar

Información de Salud a las autoridades militares extranjeras apropiadas si usted es un miembro de un ejército extranjero.

Compensación de Trabajadores. Podemos divulgar Información de Salud para programas de compensación de trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios para lesiones relacionadas con el trabajo y la enfermedad.

Riesgos de Salud Pública. Podemos divulgar Información de Salud para actividades de salud pública. Estas actividades incluyen generalmente divulgaciones para prevenir o controlar enfermedades, lastimaduras o discapacidad; reportar nacimientos y muertes; reportar abuso de niños o negligencia; reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas de las revocatorias de productos que pueden estar usando; una persona que pudo haber sido expuesta a una enfermedad y puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; y la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solamente haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando lo requiera o autorizado según la ley.

Actividades de Supervisión de Salud. Podemos divulgar Información de Salud a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Propósitos de Notificación para la Violación de Datos. Podemos usar o divulgar su Información de Salud protegida para proporcionar aviso legalmente requeridos de acceso no autorizado a o revelación de su información de salud.

Demandas y Disputas. Si usted está involucrado en una demanda o disputa, podemos revelar Información de Salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar Información de Salud en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por alguien también involucrado en la disputa, pero sólo si los esfuerzos han sido hechos para decirte acerca de la petición o para obtener una orden protegiendo la información solicitada.

Aplicación de la Ley. Podemos divulgar Información de Salud de ser preguntada por un oficial de la ley si la información es: (1) En respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o un proceso similar; (2) información limitada para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material, o persona desaparecida; (3) sobre la víctima de un crimen, aun cuando, en determinadas circunstancias muy limitadas, cuando no somos capaces de obtener el acuerdo de la persona; (4) sobre una muerte que creemos puede resultar ser el resultado de conducta criminal; (5) sobre conducta criminal en nuestras instalaciones; (6) en caso de una emergencia para reportar un crimen, la ubicación del crimen o las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias. Podemos divulgar Información de Salud a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. Podemos divulgar Información de Salud a directores de funerarias según necesario para sus funciones.

Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia. Podemos divulgar Información de Salud a funcionarios federales autorizados para inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de Seguridad Nacional autorizadas por la ley.

Servicios Protectores para el Presidente y Otros. Podemos divulgar Información de Salud a funcionarios federales autorizados para que ellos puedan brindar protección al Presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado o extranjeros o para llevar a cabo investigaciones especiales.

Los Reclusos o Individuos Bajo Custodia. Si usted es un recluso de una institución correccional o bajo custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar Información de Salud a la institución correccional o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley. Esta liberación sería necesario: (1) para que la institución le proporcione atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de los demás; o (3) la seguridad y la seguridad de la institución correccional.

USOS Y DIVULGACIONES QUE NOS OBLIGAN A DARLE UNA OPORTUNIDAD A OBJETAR Y OPTAR POR NO

Individuos Involucrados en su Cuidado o el Pago para su Cuidado. A menos que usted se oponga, podemos divulgar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que identifique, su Información de Salud Protegida que se relaciona directamente a la participación de esa persona en su atención de cuidado. Si usted es incapaz de aceptar u oponerse a tal divulgación de información, podemos divulgar dicha información según sea necesario si determinamos que es en su mejor interés basado en nuestro juicio profesional.

Socorro en Casos de Desastre. Podemos divulgar su Información de Salud Protegida a organizaciones de socorro ante desastres que buscan su información protegida de salud para coordinar su cuidado médico, o avisar a familiares y amigos de su ubicación o condición en un desastre. Nosotros le proporcionaremos la oportunidad de estar de acuerdo u oponerse a tal divulgación cuando prácticamente podamos hacerlo.

SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO SE REQUIERE PARA OTROS USOS Y DIVULGACIONES

Los siguientes usos y divulgaciones de su Información Protegida de Salud se realizará sólo con su permiso por escrito:

1. Usos y divulgaciones de Información de Salud Protegida a la comercialización; y
2. Revelaciones que constituyen en una venta de su Información de Salud Protegida

Otros usos y divulgaciones de Información Protegida de Salud no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se realizarán solamente con su autorización por escrito. Si usted nos da una autorización, usted puede revocar la en cualquier momento mediante con someter una revocación por escrito a nuestro Oficial de Privacidad y ya no divulgaremos información de salud protegida bajo la autorización. Pero la divulgación que hicimos con la confianza en su autorización antes de que usted la revocara no será afectada por la revocación.

SUS DERECHOS:

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a Información de Salud que tenemos sobre usted:

Derecho a Inspeccionar y Copiar. Usted tiene el derecho a inspeccionar y copiar Información de Salud que puede utilizarse para tomar decisiones sobre su cuidado o el pago de su cuidado. Esto incluye archivos médicos y de cobros, aparte de notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar esta información de salud, usted debe hacer su petición, por escrito, a nuestro Oficial de Privacidad a la dirección de abajo. Tenemos hasta 30 días para poner su Información de Salud Protegida a su disposición y le podemos cobrar una cuota razonable por los cobros de la copia, envío por correo u otras provisiones asociados con su petición. Es posible que no le cobremos si la información que necesite es para una reclamación de beneficios bajo la ley de Seguros Sociales o de cualquier otro programa del estado o de beneficios federales basados en la necesidad. Podemos negarle su petición en ciertas circunstancias limitadas. Si negamos su petición, usted tiene el derecho a tener la negación revisada por un profesional médico con licencia que no estuvo directamente implicado en la denegación de su solicitud, y cumpliremos con el resultado de la revisión.

Derecho a una Copia Electrónica de Archivos Médicos Electrónicos. Si su Información de Salud Protegida se mantiene en un formato electrónico (conocido como un archivo médico electrónico o un registro de salud electrónico), usted tiene el derecho de solicitar una copia electrónica de su expediente para ser dada a usted o transmitida a otra persona o entidad. Haremos todo lo posible para proporcionar acceso a su Información de Salud Protegida en la forma o formato que solicite, si es fácilmente producible en tal forma o formato. Si la Información de Salud Protegida no es fácilmente producible en tal forma o formato que usted solicitó, su registro será proporcionado en nuestro formato estándar electrónico o si no desea este formulario o formato, una forma de copia legible. Podemos cobrarle unos honorarios razonables, basados en el costo del trabajo asociado con la transmisión del archivo electrónico.

Derecho a Recibir Notificación de una Violación. Usted tiene el derecho de ser notificado de una violación de cualquiera de su Información de Salud no segura.

Derecho de Enmendar. Si usted cree que la Información de Salud que tenemos no es correcta o es incompleta, usted puede pedirnos que enmendemos la información. Usted tiene el derecho de pedir una enmienda mientras la información se mantiene por o para nuestra oficina. Para solicitar una enmienda, usted debe hacer una solicitud, por escrito, a nuestro Oficial de Privacidad a la dirección de abajo.

Derecho a una Contabilidad de las Divulgaciones. Usted tiene el derecho de solicitar una lista de ciertas divulgaciones de Información de Salud para propósitos aparte de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud o a que proporcionó la autorización escrita. Para solicitar un informe de divulgaciones, usted debe hacer su petición, por escrito, a nuestro Oficial de Privacidad a la dirección de abajo.

Derecho a Solicitar Restricciones. Usted tiene el derecho a solicitar una restricción o limitación de la Información de Salud que utilizamos o revelamos para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud. Usted también tiene el derecho a solicitar un límite sobre la Información de Salud que revelemos a alguien involucrado en su cuidado o el pago de cuidado, como un familiar o amigo. Por ejemplo, usted puede pedir que no compartamos Información sobre un determinado diagnóstico o tratamiento con su cónyuge. Para solicitar una restricción, usted debe hacer su petición por escrito, y entréguelo en la recepción de su consultorio de atención primaria o envíelo por correo a: **{su sitio de atención primaria} – West County Health Centers – PO Box 1449 – Guerneville, CA 95446**. No estamos obligados a aceptar su petición a menos que usted nos está pidiendo que nosotros restrinjamos el uso y la revelación de su

Información de Salud Protegida a un plan de salud para el pago o la operación del cuidado médico y la información que desea restringir se refiere únicamente a un producto sanitario o servicio por el cual nos ha pagado "del bolsillo" en su totalidad. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su petición a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.

Los-Pagos-de-Bolsillo. Si usted pago-de-su-bolsillo (o en otras palabras, usted ha solicitado que no les cobremos a su plan de salud) en su totalidad para un elemento específico o servicio, usted tiene el derecho de pedir que su Información de Salud con respecto a este tema o servicio no será revelada a un plan de salud para los propósitos de las operaciones de pago o cuidado de la salud, y cumpliremos con esta solicitud.

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales. Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de asuntos médicos de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, usted puede pedir que nos comuniquemos con usted por correo o en el trabajo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe hacer su petición, por escrito, a la oficina de recepción de su sitio de atención primaria. Su petición debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. Nos complaceremos a las solicitudes razonables.

Derecho a una Copia de Papel de este Aviso. Usted tiene derecho a una copia de papel de este aviso. Usted puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si usted ha accedido a recibir esta notificación electrónicamente, usted todavía tiene derecho a una copia impresa de esta notificación. Usted puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio de web, www.wchealth.org. Para obtener una copia en papel de este aviso, usted puede visitar uno de nuestros sitios o comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad a la dirección de abajo.

CAMBIOS A ESTE AVISO:

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y hacer el nuevo aviso aplicarse a la información de salud que ya tenemos, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia de nuestra notificación actual en nuestra oficina. Esta notificación contendrá la fecha de vigencia en la primera página, en la esquina superior derecha.

QUEJAS:

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con nuestra oficina o con el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos completando el Formulario de quejas (disponible en nuestro sitio web o solicitándolo a cualquier miembro del personal de West County Health Centers) y llevándolo a cualquier recepción de WCHC o enviándolo por correo a:

West County Health Centers
c/o Privacy Officer
PO Box 1449
Guerneville, CA 95446

Usted no será penalizado por presentar una queja.