

**THIS NOTICE DESCRIBES HOW INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN ACCESS IT. REVIEW CAREFULLY.**

**HOW WE MAY USE AND DISCLOSE INFORMATION ABOUT YOU:** The following describes different ways that we use and disclose medical information. Not every use or disclosure in a category will be listed. However, all of the ways we are permitted to use and disclose information will fall within one of the following categories.

**For Treatment:** We may use medical information about you for the purpose of providing medical treatment or services to doctors, nurses, technicians, medical students, volunteers, or other personnel involved in your care at the System. We may also disclose your medical information to people outside of the System who may be involved in your care such as friends or family members, if you have indicated that you would like these people to be informed of you care, or employees or medical staff members of any hospital or nursing facility if you are transferred or admitted to the facility for care.

**For Payment:** We may disclose medical information about you so that the treatment and services at the System may be billed by the System and payment collected from you, an insurance company or a third party. We may also disclose your medical information to another health care provider for payment of services you may have received at another medical facility. However, you may request that we not disclose your medical information to any persons or entities responsible for paying any portion of the charges you incur as a patient of the System provided that you pay all charges in full at the time of the request.

**For Health Care Operations:** We and our business associates may use and disclose medical information about you for health operations. These disclosures are necessary to run the System and ensure that all patients receive quality care. This includes disclosure of your medical information to doctors, nurses, medical students, and other personnel at the System for review and learning purposes. We may also disclose your information to researchers collecting medical information to study health care and health care delivery—we will remove information that personally identifies you before providing researchers with your information. Disclosures may also include other providers for use in their healthcare operations.

**Health-Related Benefits and Services:** You will not receive any marketing or advertising communications from us unless you indicate in your signed (or acknowledged) Notice of Privacy Practices that you wish to receive such communications. If you indicate that you would like to receive such communications, we may use or disclose your medical information to inform you of benefits or services that may interest you. If at any time you decide that you no longer wish to receive such communications, you may elect not to receive further marketing or advertising communications by contacting the number provided or by notifying the System's Privacy Office in writing.

**Sale of Health Information:** We will not sell your health information unless you have authorized us to do so in your signed Notice of Privacy Practices. Fundraising Activities: We may use your medical information to contact you about our efforts to raise money. You may opt out by providing your written request to the System's Privacy Office or by informing the individual who contacts you of your desire to opt out of fundraising communications. Each time we contact you regarding fundraising efforts, we must ask you if you wish to opt out of all future fundraising communications.

**Hospital Directory:** We may include limited information about you in the hospital directory while you are a patient at the System. If you do not want anyone to know this information or to limit the amount of information that is disclosed and to whom, you may request limitations at the time of registration or during your stay.

**Special Situations:** In the following special situations we may release your medical information: organ and tissue donation, active duty military personnel and veterans, workers compensation, public health activities, health oversight activities, lawsuits and disputes, law enforcement, coroners and medical examiners, national security and intelligence activities, protective services for the President and others, inmates, and research, public health threat and safety of others, disaster relief efforts.

**Psychotherapy Notes:** Psychotherapy notes will not be disclosed outside of the System except as authorized by you in writing, pursuant to court, or as required by law. Notes will only be disclosed to personnel at the System who wrote the notes (except for training purposes and to defend against a legal action brought against the entity) unless you properly authorized such disclosure in writing.

### **YOUR RIGHTS REGARDING YOUR MEDICAL INFORMATION**

**OUR OBLIGATION TO YOU: (1)** To make sure that medical information that identifies you is kept private; (2) To notify you regarding our legal duties, your legal rights, and our privacy practices at the System; (3) To abide by these terms of notice. You have the following rights regarding medical information we maintain about you:

**Right to Inspect and Copy:** You have a right to inspect and receive a copy of your medical record. If your request is denied you may request that the denial be reviewed, and that decision will be final. You may be charged a fee for the costs associated with copying, mailing, or other supplies associated with the request. If all or any portion of your health information is in an electronic format, you may request an electronic copy.

**Right to Amend:** If you feel that the medical information about you in your record is incorrect or incomplete, you may ask us to amend it. To request an amendment, your request must be made in writing and submitted to the System's Health Information Management department. If your request is denied, you may submit in writing a statement of disagreement and ask that it be included in your medical record.

**Right to an Accounting of Disclosures:** You have a right to request a list of certain disclosures that we have made regarding your medical information. To request this you must submit your request in writing to the System's Privacy Office.

**Right to Request Restrictions:** You have a right to request a restriction or limitation on the medical information we use or disclose about you, except where disclosure of the information is required by law. To request restrictions, you must make your request in writing to the System's Privacy Office. We are not required to agree to your request. If we do agree, we will comply with your request except where the information is needed to provide you with emergency treatment.

**Right to Request Confidential Communications:** You have a right to request that we communicate with you about medical matters in a certain way and at a certain location. To request confidential communications, make your request at the time of registration or during your visit.

**Right to this Notice:** You have a right to a paper copy and may request it at the time of service or by contacting the System's Privacy Office.

**Changes to this Notice:** We reserve the right to change this notice. We will post a copy of the current notice. The notice will contain the effective date in the top right corner. If the notice changes, a copy will be available to you upon request.

**INVESTIGATIONS OF BREACH:** If we determine that the disclosure of your medical information constitutes a breach of the federal privacy or security regulations governing unsecured protected health information, we will (1) Provide a notice of the breach (2) Advise you of what we plan to do to mitigate the damage (if any) caused by the breach and (3) Advise on steps you should take to protect yourself from potential harm from the breach.

**ADDITIONAL INFORMATION:** If you would like more information, contact the System's Privacy Office at 1-844-917-1115.

**COMPLAINTS:** If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with the System or with the Secretary of the United States Department of Health and Human Services. To file a complaint with the System, contact the System's Privacy Office by mail at 743 Spring Street, Gainesville, Georgia 30501, or call 1-844-917-1115. You will not be penalized for filing a complaint.

**OTHER USES OF MEDICAL INFORMATION:** Other uses and disclosure of medical information not covered by this notice may be made in accordance with your written permission or as required by law. If you provide us with permission to use or disclose your medical information, you may revoke that permission at any time. To revoke your permission, you must provide your request in writing to the System's Privacy Office.

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO INFORMACION ACERCA DE USTED PUEDE SER UTILIZADA O REVELADA Y COMO PUEDE CONSEGUIR ACCESO A ESTA INFORMACION. REVISELO CON CUIDADO.**

**COMO NOSOTROS PODEMOS UTILIZAR Y REVELAR INFORMACION ACERCA DE USTED:** A continuación se describen maneras diferentes que utilizamos y revelamos información médica. Cada revelación ó categoría serán listadas. Sin embargo, todas las maneras que estamos permitidos utilizar y revelar estarán en una de las categorías.

**Para el Tratamiento:** Podemos utilizar información médica acerca de usted para proposito de proporcionar tratamiento o servicios médicos a doctores, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina, voluntarios, u otro personal implicado en su cuidado en el Sistema. Nosotros también podemos revelar su información médica a personas fuera del Sistema que puedan participar en su cuidado como amigos, miembros de familia, empleados, personal médico de cualquier hospital o facilidad de cuidado si está transferido ó ingresado a una facilidad de cuidado.

**Facturas Por Servicios:** Podemos revelar información medica acerca de usted para tratamiento y servicios en el Sistema que puedan ser facturados por el Sistema y colectar el pago por usted, o una compañía de seguros o un tercero. Nosotros también podemos revelar su información médica a otro proveedor de salud para pagos por servicios que que usted pudo haber recibido en otro centro médico. Sin embargo, puede solicitar que no revelemos su información médica a ninguna persona ni entidades responsables de pagar una porción de los cargos que obtuvo como paciente del Sistema con tal de que pague todos los cargos completamente al momento de la petición.

**Operaciones en el Sistema de Salud:** Nosotros y nuestros asociados de negocio podemos utilizar y revelar información médicas acerca de usted para operaciones de salud. Estas revelaciones son necesarias para dirigir el Sistema y asegurar que todos los pacientes reciban un cuidado de calidad. Esto incluye revelciones de su información médica a médicos, enfermeros, estudiantes de medicina, otro personal en el Sistema para la revisión y propósitos de educación. También podemos revelar su información a investigadores que reunen información medica para analizar su asistencia médica y el estudio de su asistencia médica—quitaremos información que le identifique personalmente a usted antes de proporcionar a investigadores con su información. Las revelaciones también pueden incluir otros proveedores para el uso en sus operaciones de asistencia sanitaria.

**Beneficios Relacionados con su Salud v Servicios:** Podemos utilizar y podemos revelar su información medica para informarle de los beneficios o los servicios que le puedan interesar a usted. Puede elegir no recibir propaganda publica contactandose al número proporcionado o notificar la Oficina de Privacidad del Sistema por escrito.

**Venta de Información sobre de Salud:** No venderemos información relacionada a usted, o su salud, a menos que usted nos haya autorizado a hacerlo firmando un Aviso de Prácticas de Privacidad.

**Actividades de la Recaudación de Fondos:** Podemos utilizar su información médica para contactarle acerca de nuestros esfuerzos de recaudar dinero. Puede retractarse de proporcionar su petición por escrito a la Oficina de la Privacidad del Sistema o informarle al individuo que le contactó si desea retractarse de comunicaciones de recaudación de fondos. Cada vez que nosotros le contactemos acerca de los esfuerzos de recaudación de fondos, nosotros le debemos preguntar si desea retractarse de todas comunicaciones futuras de recaudación de fondos.

**Directorio del Hospital:** Podemos incluir información limitada sobre usted en el directorio del hospital mientras es un paciente en el Sistema. Si usted no desea que nadie sepa esta información o limitar la cantidad de información que es revelada y a quien, puede solicitar limitaciones al momento de ingreso o durante su estancia.

**Situaciones Especiales:** En las siguientes situaciones especiales nosotros podemos revelar su información médica: donativo de organo y tejido, personal del servicio militar activo o veteranos, compensación del trabajador, actividades del sistema de salud público, actividades de descuido de salud, demandas y alegaciones, autoridades de la ley, investigador de muertes violentas y examinadores médicos, actividades nacionales de seguridad e inteligencia, los servicios protectores para el Presidente y para otros, presos, y investigaciones, amenazas de seguridad sanitarias y otros, los esfuerzos de auxilio de desastres.

**Notas de Psicoterapias:** Las notas de la psicoterapia no seran reveladas fuera del Sistema sino han sido autorizadas por usted por escrito, requerido por la corte, o requerido por la ley. Las notas solo seran reveladas a la persona en el Sistema que escribió las notas (solo para propósitos de entrenamiento de la instrucción y para defender contra una acción legal contra la entidad) a menos que usted autorizara apropiadamente tal revelación por escrito.

### **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACION MEDICA**

**ES NUESTRA OBLIGACIÓN:** (1) asegurarnos que la información de médica que le identifica sea mantenida en privado; (2) notificarle acerca de nuestros deberes legales, sus derechos legales, y nuestras prácticas de privacidad en el Sistema; (3) respetar estos terminos .Usted tiene los siguientes derechos con respecto a información médica que tenemos acerca de usted:

**Derecho de Revisar y obtener Copias:** Tiene derecho de revisar y obtener una copia de su historia médica. Si su petición es negada, puede solicitar que la negación sea revisada, y esa decisión será entonces final. Puede que se le cobre por los costos asociados con las copias,envios por correo, u otros suministros asociados con la petición. Si toda o alguna porción de la Información de su salud está en un formato electrónico, puede solicitar una copia electrónica.

**Derecho de Enmendar:** Si usted siente que su Información médica está incorrecta o incompleta, puede solicitar una enmienda (corrección). Para solicitar una enmienda, su petición debe ser hecha por escrito y sometida al sistema de Gerencia de la Información de la Salud . Si su petición es negada, puede someterse por escrito una declaración de desacuerdo y solicitar que sea Incluido en su historial médico.

**Derecho a Revelaciones de su Cuenta:** Tiene el derecho de solicitar una lista de ciertas revelaciones que hemos hecho con respecto a su información médica. Para solicitarla debe someter su petición por escrito a la Oficina de Privacidad del Sistema.

**Derecho a Solicitar Restricciones:** Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación de la información médica que utilicemos ó revelemos acerca de usted, a menos que la revelación de la Información sea requerida por la ley. Para solicitar restricciones, debe hacer su petición por escrito con la Oficina de la Privacidad del Sistema. No es requerido aceptar su petición. Si estubieramos de acuerdo, nos conformaremos con su petición a excepción de la información necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.

**Derecho a Solicitar Comunicación Confidencial:** Tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de asuntos médicos en una cierta manera y un lugar determinado. Para solicitar comunicaciones confidenciales, haga su petición al momento de ingreso o durante su visita.

**Derecho a este Aviso:** Tiene un derecho a una copia de papel y lo puede solicitar al momento de servicio o contactando la Oficina de la Privacidad del Sistema.

**Cambios a este Aviso:** Reservamos el derecho de cambiar este aviso. Anunciaremos una copia del aviso actual. El aviso contendrá la fecha efectiva en la parte derrecha de arriba. Si el aviso cambia, una copia estará disponible para usted al momento de su petición.

**INVESTIGACIONES DE INFRACCIONES:** Si determinamos que la revelación de su información médica constituye una infracción de las regulaciones federales de privacidad y seguridad que gobiernan la información protegida, nosotros vamos a (1) Proporcionar un aviso de la infracción (2) Aconsejarle de lo que planeamos hacer para corregir (mitigar) el daño (si cualquiera) causado por la infracción (3) Aconsejar pasos que usted debe tomar para protegerle por cualquier daño de la infracción.

**INFORMACION ADICIONAL:** Si quiere mas información, contacte la Oficina de la Privacidad del Sistema al 1-844-917-1115.

**RECLAMOS:** Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar un reclamo con el Sistema o con el Secretario del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social de Estados Unidos. Para archivar un reclamo con el Sistema, contacte la Oficina de la Privacidad del Sistema por correo en la siguiente dirección; 743 Spring Street, Gainesville, Georgia 30501, o llamar al 1-844-917-1115. Usted no será penalizado por presentar un reclamo.

**OTROS USOS DE INFORMACION MEDICA:** Otros usos y revelación de información médica no cubiertas por este aviso pueden ser hechas de acuerdo con su permiso por escrito o como requiere la ley. Si usted nos proporciona con permiso para utilizar o revelar su información médica, puede revocar ese permiso en cualquier momento. Para revocar su permiso, debe proporcionar su petición por escrito a la Oficina de la Privacidad del Sistema.