



## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

**This notice describes how your health information may be used and disclosed by Sandhills Pediatrics and how you can get access to this information. Please review carefully.**

**YOUR RIGHTS: When it comes to your health information, you have certain rights. This section explains your rights.**

### **Upon written request:**

- ✓ Ask to see or get an electronic or paper copy of your health record or other information we have about you. We will also provide a summary of your health information if requested. We will charge a reasonable, cost based fee. We will provide this information as soon as possible but no later than 30 working days after receiving request.
- ✓ Ask us to correct health information you think is incorrect or incomplete. We may say “no”, but will tell you why in writing within 60 days.
- ✓ You can ask us to communicate with you in a certain way (for example, home or office phone) or to send mail to a different address. We will accommodate all reasonable requests.
- ✓ Ask us not to use or share certain health information for treatment, payment or our operations. We are not required to agree with your request and may say “no” if it would affect your care.
- ✓ If you pay for service or health care items out of pocket in full, and you ask us not to share that information for payment or our operations with your health insurer, we will agree unless we are required by law to share that information.
- ✓ Ask us for a list or an accounting of the times we have shared your health information for reasons other than treatment, payment, healthcare operations, and when you have asked us to share information. We will provide a list for the past six years for this request. One request per year will be provided free of charge. For additional requests, we will charge a reasonable, cost based fee.
- ✓ Revoke an authorization to use or disclose PHI at any time except where action has already been taken.

### **You may also:**

- ✓ Choose someone to act on your behalf. If you have given someone medical power of attorney or they are your legal guardian, that person can exercise your rights and make choices about your health information. We will ask for proof of this relationship before we take any action.
- ✓ Ask for a paper copy of this document even if you have agreed to receive the notice electronically. We will provide that copy promptly.
- ✓ File a complaint if you feel your rights have been violated. Contact our Privacy Officer, 195 W. Illinois Avenue, Southern Pines, NC 28387, 910-692-2444.
- ✓ File a complaint with the US Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights, by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington, DC 20201, calling 1-877-696-6775 or visiting [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints).
- ✓ We will not retaliate for filing a complaint.

### **OUR RESPONSIBILITIES: The law requires us to:**

- ✓ Maintain the privacy and security of your protected health information.
- ✓ Notify you promptly if a breach occurs that may compromise the privacy or security of your information.
- ✓ Follow the duties and privacy practices described in this notice and give you a copy of it.
- ✓ Not to use or share your information other than what is described in this notice unless you tell us we can in writing. If you tell us we can and then change your mind, just let us know in writing that you have changed your mind.

**YOUR CHOICES: For certain health information, you can tell us your choices about what we share. If you have a clear preference for how we share your information in situations described below, talk to us.**

- ✓ In these cases you have both the right and the choice to tell us to: share information with your family, close friends, or others involved in your care and share information in a disaster relief situation.
- ✓ If you are not able to tell us your preference, for example if you are unconscious, we may go ahead and share your information if we believe it is in your best interest. We may also share your information when needed to lessen a serious and imminent threat to health or safety.

- ✓ In these cases we never share your information unless you give us written permission:
  - Marketing purposes
  - Sale of your information
  - Most sharing of psychotherapy notes
  - In the case of fundraising, we may contact you for fundraising efforts, but you can tell us not to contact you again.

**OUR USES AND DISCLOSURE: We typically use or share your health information in the following ways:**

- ✓ Treatment: We can use your health information and share it with other professionals who are treating you. Example: we may share your health information to an outside doctor for referral. We will also provide your health care providers with copies of various reports to assist them in your treatment.
- ✓ Payment: We can use or share your health information to bill and get payment from health plans or other entities. Example: we give information about you to your health insurance plan so it will pay for your healthcare.
- ✓ Healthcare Operations: We can use and share your health information.
- ✓ NC HealthConnex: Some types of patient data will be shared via the state’s health information exchange. Information and opt-out forms are available in our offices/website and online at [www.nchealthconnex.gov](http://www.nchealthconnex.gov).

**CHANGES TO THIS NOTICE: We can change the terms of this notice, and the changes will apply to all information we have about you. The new notice will be available upon request, in our office and on our website.**

**Sandhills Pediatrics  
PRIVACY OFFICER  
195 W. Illinois Avenue  
Southern Pines, NC  
910-692-2444**

**Effective Date: 4/14/2003**

**Revision Dates: 9/23/2013  
10/31/2018**



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo su información médica puede utilizarse y divulgarse por médicos Pediatría y cómo usted puede obtener el acceso a esta información. Por favor, revise cuidadosamente.

**SUS derechos: En cuanto a su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos.**

### **Previa solicitud por escrito:**

- ✓ Pregunte a ver u obtener una copia electrónica o en papel de su expediente médico u otra información que tengamos sobre usted. También ofrecemos un resumen de su información médica si así lo solicita. Cobraremos una cuota razonable, costo base. Proporcionaremos esta información tan pronto como sea posible pero no más tarde de 30 días hábiles después de recibir solicitud.
- ✓ Pido que corregir la información de la salud cree que es incorrecta o incompleta. Puede decir «no», pero le dirá por qué en la escritura dentro de 60 días.
- ✓ Puede pedir comunicarse con usted de cierta manera (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o enviar correo a una dirección diferente. Acomodaremos todas las peticiones razonables.
- ✓ Pedimos que no utilicemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No tienen que estar de acuerdo con su petición y pueden decir «no» si afectaría su atención.
- ✓ Si usted paga por servicio o artículos cuidados de la salud de su bolsillo en su totalidad, y nos pide dejar de compartir esa información para el pago o nuestras operaciones con su compañía de seguros

- de salud, coincidimos a menos que se nos requiere por ley a compartir esa información.
- ✓ Solicitar una lista o una contabilidad de los tiempos que hemos compartido su información médica por razones que no sean tratamiento, pago, operaciones de cuidado de la salud, y cuando ha pedido que compartamos información. Ofrecemos una lista de los últimos seis años para esta solicitud. Se proporcionará una solicitud al año de forma gratuita. Para solicitudes adicionales, se cobrará una cuota razonable, costo base.
- ✓ Revocar una autorización para utilizar o divulgar su PHI en cualquier momento, excepto que ha ya habido acción.

### **También puede:**

- ✓ Elegir a alguien para actuar en su nombre. Si le has dado a alguien médico poder o son su tutor, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud. Le pediremos prueba de esta relación antes que tomar cualquier acción.
- ✓ Preguntar por una copia de este documento incluso si usted ha accedido a recibir el aviso por vía electrónica. Ofrecemos esa copia sin demora.
- ✓ Archivo de una queja si usted siente que sus derechos han sido violados. Póngase en contacto con nuestro oficial de privacidad, 195 W. Illinois Avenue, Southern Pines, NC 28387, 910-692-2444.
- ✓ Presentar una queja con el nosotros Departamento de salud y servicios humanos, oficina de derechos civiles, enviando una carta a 200 independencia Avenue, S.W., Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitar [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints).
- ✓ No talionaremos para archivar una queja.

### **NUESTRAS responsabilidades: La ley nos exige:**

- ✓ Mantener la privacidad y seguridad de su información protegida de salud.
- ✓ Notificar puntualmente si una ruptura ocurre que puede comprometer la privacidad o la seguridad de su información.
- ✓ Seguir las tareas y prácticas de privacidad descritas en este aviso y le dará una copia de lo

- ✓ No para utilizar o compartir su información que no sea lo que se describe en este aviso, a menos que usted nos dice que podemos en la escritura. Si usted nos dice que puede y cambia de parecer, háganoslo saber por escrito que han cambiado su mente.

**SUS opciones: para algunas informaciones de salud, usted puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si usted tiene una clara preferencia por cómo compartir su información en las situaciones descritas a continuación, hablar con nosotros.**

- ✓ En estos casos usted tiene el derecho y la opción para decirnos que: compartir información con tu familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado y compartir información en una situación de alivio de desastres.
- ✓ Si no eres capaz de decirnos su preferencia, por ejemplo, si estás inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad.
- ✓ En estos casos nunca compartir su información a menos que usted nos dé permiso por escrito:
  - Con fines de marketing
  - Venta de su información
  - Compartir la mayoría de las notas de psicoterapia
  - En el caso de recaudación de fondos, nos podremos en contacto contigo para recaudación de fondos, pero usted puede decir no que contactemos con usted otra vez.

**NUESTROS usos y divulgación: Suelen utilizar o compartir su información médica en las siguientes formas:**

- ✓ Tratamiento: Podemos utilizar su información de salud y compartir con otros profesionales que te tratan. Ejemplo: podemos compartir su información médica a un médico externo para referencia. También ofrecemos los médicos copias de varios informes para ayudar en su tratamiento.

- ✓ Pago: Podemos utilizar o compartir su información de salud para facturar y obtener el pago de planes de salud u otras entidades. Ejemplo: le damos su información a su plan de seguro de salud por lo que pagará por su cuidado de la salud.
- ✓ Las operaciones de cuidado de la salud: Podemos utilizar y compartir su información médica.
- ✓ CN HealthConnex: Algunos tipos de datos de los pacientes serán compartidos a través de intercambio de información de salud del estado. Información y optar por los formularios están disponibles en nuestra oficinas/sitio web y en línea en [www.nchealthconnex.gov](http://www.nchealthconnex.gov).

**CAMBIOS a este aviso: Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. Nuevo aviso estará disponible a petición, en nuestra oficina y en nuestro sitio Web.**

**Pediatría de médanos  
OFICIAL DE PRIVACIDAD  
195 W. Illinois Avenue  
Southern Pines, NC  
910-692-2444**

*Fecha: 14/04/2003 Revisión Fecha: 23/09/2013  
31/10/2018*