



Planned Parenthood Southeast, Inc.

# **Notice of Health Information Privacy Practices**

**Attachment B**

**REVISED 2013 WITH OMNIBUS RULE CHANGES  
NOTICE OF HEALTH INFORMATION PRIVACY PRACTICES**

**THIS NOTICE DESCRIBES HOW HEALTH INFORMATION ABOUT YOU MAY BE  
USED OR DISCLOSED BY PPSE AND HOW TO ACCESS THIS INFORMATION**

**Effective Date of This Notice:**

**PLEASE REVIEW THIS NOTICE CAREFULLY**

If you have any questions about this notice, please contact PPSE's Privacy Officer,  
Yessica Pawlowski, at 404-567-8364.

**OUR PLEDGE REGARDING YOUR HEALTH INFORMATION**

We understand that health information about you and your healthcare is personal. We are committed to protecting health information about you. We will create a record of the care and services you receive from us. We do so to provide you with quality care and to comply with any legal or regulatory requirements.

This Notice applies to all of the records generated or received by PPSE, whether we documented the health information, or another doctor forwarded it to us. This Notice will tell you the ways in which we may use or disclose health information about you. This Notice also describes your rights to the health information we keep about you, and describe certain obligations we have regarding the use and disclosure of your health information.

Our pledge regarding your health information is backed-up by Federal law. The privacy and security provisions of the Health Insurance Portability and Accountability Act ("HIPAA") require us to:

- Make sure that health information that identifies you is kept private;
- Make available this notice of our legal duties and privacy practices with respect to health information about you; and
- Follow the terms of the notice that is currently in effect.

## **HOW WE MAY USE AND DISCLOSE HEALTH INFORMATION ABOUT YOU**

The following categories describe different ways that we may use or disclose health information about you. Unless otherwise noted each of these uses and disclosures may be made without your permission. For each category of use or disclosure, we will explain what we mean and give some examples. Not every use or disclosure in a category will be listed. However, unless we ask for a separate authorization, all of the ways we are permitted to use and disclose information will fall within one of the categories.

**For Treatment.** We may use health information about you to provide you with healthcare treatment and services. We may disclose health information about you to doctors, nurses, technicians, health students, volunteers or other personnel who are involved in taking care of you. They may work at our offices, at a hospital if you are hospitalized under our supervision, or at another doctor's office, lab, pharmacy, or other healthcare provider to whom we may refer you for consultation, to take x-rays, to perform lab tests, to have prescriptions filled, or for other treatment purposes. For example, a doctor treating you may need to know if you have diabetes because diabetes may slow the healing process. We may provide that information to a physician treating you at another institution.

**For Payment:** We may use and disclose health information about you so that the treatment and services you receive from us may be billed to and payment collected from you, an insurance company, a state Medicaid agency or a third party. For example, we may need to give your health insurance plan information about your office visit so your health plan will pay us or reimburse you for the visit. Alternatively, we may need to give your health information to the state Medicaid agency so that we may be reimbursed for providing services to you. In some instances, we may need to tell your health plan about a treatment you are going to receive to obtain prior approval or to determine whether your plan will cover the treatment.

**For Healthcare Operations:** We may use and disclose health information about you for operations of our healthcare practice. These uses and disclosures are necessary to run our practice and make sure that all of our patients receive quality care. For example, we may use health information to review our treatment and services and to evaluate the performance of our staff in caring for you. We may also combine health information about many patients to decide what additional services we should offer, what services are not needed, whether certain new treatments are effective, or to compare how we are doing with others and to see where we can make improvements. We may remove information that identifies you from this set of health information so others may use it to study healthcare delivery without learning who our specific patients are.

**Appointment Reminders:** We may use and disclose health information to contact you as a reminder that you have an appointment. Please let us know if you do not wish to have us contact you concerning your appointment, or if you wish to have us use a different telephone number or address to contact you for this purpose./

**E-mail:** We may include certain health information in e-mails that we send to you if you have signed an e-mail permission form. However, please do not send any e-mails to us, even in response to those we have sent you. Instead, we encourage you to communicate with our health centers by phone or in-person.]

**Fundraising Activities:** We may use health information about you to contact you in an effort to raise money for our not-for-profit operations. You have the right to opt out of receiving these communications. Please let us know if you do not want us to contact you for such fundraising efforts.

**Research.** There may be situations where we want to use and disclose health information about you for research purposes. For example, a research project may involve comparing the efficacy of one medication over another. For any research project that uses your health information, we will either obtain an authorization from you or ask an Institutional Review or Privacy Board to waive the requirement to obtain authorization. A waiver of authorization will be based upon assurances from a review board that the researchers will adequately protect your health information.

**As Required By Law.** We will disclose health information about you when required to do so by federal, state, or local law.

**To Avert a Serious Threat to Health or Safety.** We may use and disclose health information about you when necessary to prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of the public or another person. Any disclosure, however, would only be to someone able to help prevent the threat.

**Military.** If you are a member of the armed forces, we may release health information about you as required by military command authorities as may be applicable. We may also release health information about foreign military personnel to the appropriate foreign military authorities.

**Workers' Compensation.** We may release health information about you for workers' compensation or similar programs. These programs provide benefits for work-related injuries or illness.

**Public Health Risks.** We may disclose health information about you for public health activities. These activities generally include the following:

- To prevent or control disease, injury or disability;
- To report births and deaths;
- To report child abuse or neglect;
- To report reactions to medications or problems with products;
- To notify people of recalls of products they may be using;
- To notify a person who may have been exposed to a disease or may be at risk for contracting or spreading a disease or condition;
- To notify 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.

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

**Law Enforcement.** We may release health information if asked to do so by a law enforcement official:

- In response to a court order, subpoena, warrant, summons or similar process;
- To identify or locate a suspect, fugitive, material witness, or missing person;
- If you are the victim of a crime and we are unable to obtain your consent;
- About a death we believe may be the result of criminal conduct;
- In an instance of criminal conduct at our facility; and
- In emergency circumstances to report a crime; the location of the crime or victims; or the identity, description, or location of the person who committed the crime.

Such releases of information will be made only after efforts have been made to tell you about the request and you have time to obtain an order protecting the information requested.

**Coroners, Health Examiners and Funeral Directors.** We may release health information to a coroner or health examiner. This may be necessary, for example, to identify a deceased person or determine the cause of death. We may also release health information about patients to funeral directors as necessary to carry out their duties.

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

## **YOUR RIGHTS REGARDING HEALTH INFORMATION ABOUT YOU**

You have the following rights regarding health information we maintain about you:

**Right to Inspect and Copy:** You have certain rights to inspect and copy health information that may be used to make decisions about your care. Usually, this includes health and billing records. This does not include psychotherapy notes.

To inspect and copy health information that may be used to make decisions about you, you must submit your request in writing on a form provided by us to: “The Privacy Officer at PPSE If you

request a copy of your health information, we may charge a fee for the costs of locating, copying, mailing or other supplies and services associated with your request.

We may deny your request to inspect and copy in certain very limited circumstances. If you are denied access to health information, you may in certain instances request that the denial be reviewed. Another licensed healthcare professional chosen by our practice will review your request and the denial. The person conducting the review will not be the person who denied your initial request. We will comply with the outcome of the review.

**Right to Amend.** If you feel that health 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 we keep the information. To request an amendment, your request must be made in writing on a form provided by us and submitted to: “The Privacy Officer at PPSE.”

We may deny your request for an amendment if it is not the form provided by us and does not include a reason to support the request. In addition, we may deny your request if you ask us to amend information that:

- Was not created by us, unless the person or entity that created the information is no longer available to make the amendment;
- Is not part of the health information kept by or for our practice;
- Is not part of the information which you would be permitted to inspect and copy; or
- Is accurate and complete.

Any amendment we make to your health information will be disclosed to those with whom we disclose information as previously specified.

**Right to an Accounting of Disclosures.** You have the right to request a list (accounting) of any disclosures of your health information we have made, except for uses and disclosures for treatment, payment, and health care operations, as previously described.

To request this list of disclosures, you must submit your request on a form that we will provide to you. Your request must state a time period that may not be longer than six years and may not include dates before April 14, 2003 [The compliance date of the Privacy Rule]. The first list of disclosures you request within a 12-month period will be free. For additional lists, we may charge you for the costs of providing the list. We will notify you of the cost involved and you may choose to withdraw or modify your request at that time before any costs are incurred. We will mail you a list of disclosures in paper form within 30 days of your request, or notify you if we are unable to supply the list within that time period and by what date we can supply the list; but this date should not exceed a total of 60 days from the date you made the request.

**Right to 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. For example, you could ask that access to your health information be denied to a particular member of our Workforce who is known to you personally.

*While we will try to accommodate your request for restrictions, we are not required to do so* if it is not feasible for us to ensure our compliance with law or we believe it will negatively impact the care we may provide you. If we do agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide you emergency treatment. To request a restriction, you must make your request on a form that we will provide you. In your request, you must tell us what information you want to limit and to whom you want the limits to apply. However, we are required to agree to any request by you to restrict disclosures of protected health information to health insurers if you have fully paid for your health services pertaining to such disclosures using your own money.

**Right to Request Confidential Communications.** You have the right to request that we communicate with you about health matters in a certain manner or at a certain location. For example, you can ask that we only contact you at work or by mail to a post office box. During our intake process, we will ask you how you wish to receive communications about your health care or for any other instructions on notifying you about your health information. We will accommodate all reasonable requests.

**Right to a Paper Copy of This Notice.** You have the right to obtain a paper copy of this Notice at any time upon request.

**Right to Receive Notice of a Breach.** We are required to notify you following a breach of unsecured protected health information. .

## **MINORS AND PERSONS WITH GUARDIANS**

Minors have all the rights outlined in this Notice with respect to health information relating to reproductive healthcare, except for abortion and in emergency situations or when the law requires reporting of abuse and neglect. In the case of abortion, if a parent provides consent to your abortion, the parent has all the rights outlined in this Notice, including the right to access the health information relating to abortion. However, if you obtain a judicial bypass of the consent requirement, you have the same rights as an adult with respect to health information relating to your abortion. If you are a minor or a person with a guardian obtaining healthcare that is not related to reproductive health, your parent or legal guardian may have the right to access your medical record and make certain decisions regarding the uses and disclosures of your health information.

## **CHANGES TO THIS NOTICE**

We reserve the right to change this Notice. We reserve the right to make the revised or changed Notice effective for health information we already have about you as well as any information we receive in the future. We will post a copy of the current Notice in our facility and on our website. The Notice contains the effective date on the first page.

## **COMPLAINTS**

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with us or with the United States Secretary of the Department of Health and Human Services. To file a complaint with us, contact: “The Privacy Officer at PPSE.” All complaints must be submitted in writing to 241 Peachtree Street NE, Suite 400, Atlanta, GA, 30303. **You will not be penalized for filing a complaint.**

If you wish to file a complaint with the U. S. Department of Health and Human Services, we will provide you with the Department’s address.

### **USES OF HEALTH INFORMATION REQUIRING AN AUTHORIZATION**

The following uses and disclosures of health information will be made only with your written permission:

- Uses and disclosures of protected health information for marketing purposes
- Use and disclosures that constitute the sale of your protected health information
- Other uses and disclosures of health information not covered by this Notice or the laws that apply to us.

If you provide us permission to use or disclose health information about you, you may revoke that permission, in writing, 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 the records of the care that we provided to you.



## NON-DISCRIMINATION NOTICE

Planned Parenthood Southeast, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Planned Parenthood Southeast, Inc. does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

- Planned Parenthood Southeast, Inc. provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (larger print, audio, accessible electronic formats, or other formats).
- Planned Parenthood Southeast, Inc. provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages

If you need these services, then please contact 404-688-9300.

If you believe that Planned Parenthood Southeast, Inc. has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, then you can file a grievance with: 404-688-9300. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, then 404-688-9300 is available to help you. You also can file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201  
1- 800-868-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Please contact 404-688-9300.
- Atención: los servicios de asistencia lingüística, gratuitos, están disponibles para usted. Por favor llame al 404-688-9300.
- Chú ý: Dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí, có sẵn cho bạn. Vui lòng gọi 404-688-9300.

- 주의 : 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. 404-688-9300으로 전화하십시오.  
juui : eon-eo jiwon seobiseuga mulyolo jegongdoebnida. 404-688-9300eulo jeonhwahasibsio.
- 注意 : 免费提供语言帮助服务。请致电404-688-9300 Zhùyì: Miǎnfèi tíngōng yǔyán bāngzhù fúwù. Qǐng zhìdiàn 404-688-9300.
- ध्यान: भाषा सहाय सेवाएं, नि: शुल्क उपलब्ध છે. કૃપા કરીને 404-688-9300 પર ક .લ કરો. Dhyāna: Bhāṣā sahāya sēvā'ō, ni: Śulka, tamārā māṭē upalabdha chē. Kṛpā karīnē 404-688-9300 para ka.La karō.
- Attention: des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. S'il vous plaît appelez 404-688-9300.
- ትኩረት የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች ያለ ክፍያ እርስዎ ይገኛሉ ። እባክዎ በ 404-688-9300 ይደውሉ ።  
:: tikureti yek'wanik'wa digafi āgeligilotochi yale kifiya irisiwo yigenyalu :: ibakiwo be 404-688-9300 yidewilu ::
- ध्यान: भाषा सहायता सेवाएं, आपके लिए नि:शुल्क उपलब्ध हैं। कृपया 404-688-9300 पर कॉल करें। dhyaan: bhaasha sahaayata sevaen, aapake lie nihshulk upalabdh hain. krpaya 404-688-9300 par kol karen.
- Atansyon: Sèvis asistans lang, gratis, disponib pou ou. Tanpri rele 404-688-9300.
- Внимание: Вам бесплатно предоставляются услуги языковой помощи. Пожалуйста, звоните 404-688-9300.

Vnimaniye: Vam besplatno predostavlyayutsya uslugi yazykovoy pomoshchi.

Pozhaluysta, zvonite 404-688-9300.

انتباه: تتوفر خدمات المساعدة اللغوية

مجاًناً. يرجى الاتصال 404-688-

.9300

aintibah: tatawafar khadamat almusaeadat allughawiat mjanana. yrja alaitisal 404-688-9300.

- Atencção: Serviços de assistência linguística, gratuitos, estão disponíveis para você. Ligue para 404-688-9300.

توجه: خدمات کمک به زبان ،

رایگان ، در دسترس شما است. لطفا

با شماره 404-688-9300 تماس

بگیرید.

- Achtung: Die Sprachunterstützung steht Ihnen kostenlos zur Verfügung. Bitte rufen Sie die Nummer 404-688-9300 an.

- 注意：言語支援サービスは無料で利用できます。404-688-9300にお電話ください。

Chūi: Gengo shien sābisu wa muryō de riyō dekimasu. 404 - 688 - 9300 Ni o denwa kudasai.

## **NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD APLICADAS A LA INFORMACIÓN MÉDICA**

**LA PRESENTE NOTIFICACIÓN DESCRIBE LA MANERA EN QUE PPSE USARÁ O REVELARÁ INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y LA MANERA DE ACCEDER A ELLA.**

**RECUERDE QUE DEBE LEER ATENTAMENTE ESTA NOTIFICACIÓN.**

### **Fecha de vigencia de la presente notificación:**

Si tiene alguna duda sobre esta notificación, póngase en contacto con la Oficina de Privacidad de PPSE, Yessica Pawlowski, al 404-567-8364.

### **NUESTRO COMPROMISO RESPECTO DE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED**

Entendemos que la información médica sobre usted y los cuidados médicos que recibe es personal. Asumimos el compromiso de proteger la información médica sobre usted. Vamos a crear un registro de la atención y los servicios que le prestaremos, de modo que podamos brindarle atención de excelencia y cumplir con todas las exigencias legales o reglamentarias.

La presente notificación se aplica a todos los registros que PPSE, genere o reciba, tanto si documentamos la información médica sobre usted como si la recibimos de otro médico. La presente notificación le indica las maneras en que podemos usar o revelar información médica sobre usted. También describe sus derechos sobre la información médica que llevamos respecto de su persona y especifica ciertas obligaciones que tenemos en cuanto al uso y la revelación de dicha información.

Nuestro compromiso respecto de la información médica sobre usted cuenta con el respaldo de las leyes federales. Las disposiciones sobre privacidad y seguridad de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) nos exigen lo siguiente:

- Asegurar que se mantenga de manera confidencial la información de salud que lo identifica;
- Poner a disposición esta notificación sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad respecto de la información médica sobre usted; y
- Respetar los términos de la notificación actualmente vigente.

## **MANERAS EN QUE PODEMOS USAR Y REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED**

Las siguientes categorías describen las distintas maneras en que podemos usar o revelar información médica sobre usted. A menos que se indique lo contrario, ninguna de estas maneras de usar o revelar información requiere su autorización. Aquí se explica lo que significa cada categoría de uso o revelación y se incluyen ejemplos. No se enumeran todos los usos o revelaciones de una categoría. Sin embargo, salvo que solicitemos autorización específica, todas las maneras en que podemos usar y revelar información se encuadran en alguna de las categorías.

**Para recibir un tratamiento.** Podemos usar información médica sobre usted a fin de brindarle tratamiento y servicios médicos. Podemos revelar información médica sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina, voluntarios u otro personal que se ocupe de su atención médica. Puede ser que trabajen en nuestros consultorios, en el hospital si está internado bajo nuestra supervisión o en el consultorio de otro médico, laboratorio, farmacia u otro prestador de servicios médicos a quien lo derivemos para hacer consultas, tomar placas de rayos X, realizarse análisis de laboratorio, abastecerse de medicamentos recetados o para otros fines relacionados con el tratamiento. Por ejemplo, es posible que un médico que lo atiende necesite saber si es diabético porque la diabetes puede lentificar el proceso de curación. Podemos suministrarle esta información a un médico que lo atiende en otra institución.

**Para cuestiones relacionadas con los pagos.** Podemos usar y revelar su información médica para facturarle y cobrarle a usted, a una compañía de seguros, a una agencia Medicaid del estado o a un tercero el tratamiento y los servicios prestados. Por ejemplo, es posible que sea necesario brindar información a su plan de seguro de salud sobre las visitas en consultorio, de modo que nos paguen o le reembolsen el importe correspondiente. También es posible que debamos suministrar información médica sobre usted a la agencia Medicaid del estado, para que nos reembolsen los servicios que le prestamos. En algunos casos, deberemos notificarle a su plan de salud sobre un tratamiento que está próximo a recibir para solicitar autorización previa o para determinar si el plan cubrirá dicho tratamiento.

**Para cuestiones relacionadas con la atención médica.** Podemos usar y revelar información médica sobre usted para cuestiones relacionadas con nuestras prácticas de cuidado de la salud. Estas maneras de uso y revelación son necesarias para desarrollar nuestras actividades y asegurar que todos nuestros pacientes reciban atención de excelencia. Por ejemplo, podemos usar la información médica para analizar nuestros tratamientos y servicios, y evaluar el desempeño de nuestro personal en cuanto a la atención que le brinda. También podemos combinar información médica sobre muchos pacientes para decidir qué otros servicios deberíamos ofrecer, cuáles son innecesarios, si determinados tratamientos nuevos son eficaces o comparar nuestro desempeño con el de otros y detectar áreas de mejoramiento. Podemos eliminar los datos que permiten identificarlo, de modo que personas ajenas puedan usar la información médica sobre usted para analizar las prestaciones médicas sin saber específicamente quienes son nuestros pacientes.

**Recordatorios de citas.** Podemos usar y revelar información médica sobre usted para contactarlo a fin de recordarle que tiene una cita. Comuníquenos si no desea que lo contactemos

para recordarle las citas o si prefiere que usemos otro número de teléfono o dirección para contactarlo con este fin.]

**Correo electrónico.** Podemos incluir determinada información médica en mensajes de correo electrónico que le enviemos si firmó el formulario de autorización para envíos por correo electrónico. Pero recuerde que no debe enviarnos mensajes de correo electrónico, ni siquiera como respuesta a los que nosotros le hayamos mandado. En cambio, le pedimos que se comunique con nuestros centros médicos por teléfono o en persona.]

**Recaudación de fondos.** Podemos usar información médica sobre usted para contactarlo con el objetivo de recaudar fondos para nuestras actividades sin fines de lucro. Tiene el derecho de optar por no recibir estas comunicaciones. Infórmenos si no desea que lo contactemos por estas cuestiones.]

**Investigaciones.** Existen situaciones en las que deseamos usar y revelar información médica sobre usted con fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede implicar la comparación entre dos medicamentos. Para cualquier proyecto de investigación en el que se use su información médica, le pediremos autorización a usted o solicitaremos que una junta de revisión institucional o privada nos exima del requisito de solicitar autorización. La exención de autorización se fundamentará en las garantías que brinde la junta de revisión en cuanto a que los investigadores protegerán adecuadamente su información médica.]

**Para cumplir con exigencias legales.** Revelaremos información médica sobre usted cuando así lo exijan las leyes federales, de los estados o locales.

**Para evitar un riesgo grave de salud o seguridad.** Podemos usar y revelar información médica sobre usted cuando sea necesario para evitar un riesgo grave para su salud y seguridad o para la salud y seguridad pública o de otra persona. Sin embargo, solamente se harán revelaciones a quienes puedan ayudar a prevenir el riesgo.

**Militares.** Si es miembro de las fuerzas armadas, podemos revelar información médica sobre usted tal como lo requieran las autoridades militares, según corresponda. También podemos revelar información sobre el personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras apropiadas.

**Accidentes de trabajo.** Podemos revelar información médica sobre usted a los programas de accidentes de trabajo o similares. Estos programas prevén prestaciones en caso de accidentes o enfermedades laborales.

**Riesgos para la salud pública.** Podemos revelar información médica sobre usted a los fines de actividades relacionadas con la salud pública. En términos generales, estas actividades incluyen lo siguiente:

- Evitar o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- Informar nacimientos y fallecimientos;
- Denunciar el abuso de niños o la negligencia;
- Denunciar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- Notificar al público sobre el retiro de productos que estén en uso;

- Notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o en riesgo de contraer o diseminar una enfermedad o afección;
- Notificar al gobierno pertinente si consideramos que un paciente fue víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta revelación si usted está de acuerdo o si lo autoriza la ley.

**Actividades de supervisión de la salud.** Podemos revelar información médica a una entidad responsable de supervisión de la salud a fin de que se realicen actividades autorizadas por la ley. Entre dichas actividades se incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y obtención de licencias. Son actividades necesarias para que el gobierno controle el sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.

**Acciones legales y controversias.** Si es parte de una acción legal o controversia, podemos revelar información médica sobre usted en respuesta a una orden emitida por un tribunal judicial o administrativo. También podemos revelar información médica sobre usted en respuesta a una citación judicial, petición para divulgar pruebas u otro procedimiento lícito proveniente de otra persona involucrada en la controversia, pero solo después de haber hecho todo lo posible por notificarle la existencia de dicha solicitud y de que haya tenido tiempo suficiente de gestionar una orden para proteger la información solicitada.

**Cumplimiento de la ley.** Podemos revelar información médica si un agente del orden público nos lo solicita:

- En respuesta a una orden judicial, citación, orden de detención, emplazamiento o procedimiento similar;
- Para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- Si usted es víctima de un delito y no podemos obtener su consentimiento;
- Sobre una muerte que, a nuestro criterio, es producto de un hecho delictivo;
- En una instancia de conducta delictiva en nuestro centro; y
- En circunstancias de emergencia para denunciar un delito; el lugar o las víctimas del delito; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Dicha información será revelada solamente después de haber hecho todo lo posible por notificarle la existencia de la solicitud y de que haya tenido tiempo suficiente de gestionar una orden para proteger la información solicitada.

**Forenses, médicos examinadores y directores de funerarias.** Podemos revelar información médica a un forense o un médico examinador. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de muerte. También podemos revelar información médica sobre pacientes a directores de funerarias, según sea necesario para cumplir con sus obligaciones.

**Reclusos.** Si está recluido en una institución correccional o bajo la custodia de un agente del orden público, podemos revelar información médica sobre usted a la institución correccional o al agente del orden público. Esta revelación podría ser necesaria: (1) para que la institución le preste atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de terceros;

o (3) por cuestiones sanitarias o de seguridad de la institución correccional.

## **SUS DERECHOS RELACIONADOS CON LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED**

Usted tiene los siguientes derechos relacionados con la información médica sobre su persona.

**Derecho de inspeccionar y copiar.** Tiene ciertos derechos de inspeccionar y copiar información médica que se utilice para tomar decisiones sobre las prestaciones que debe recibir. Normalmente, esto incluye registros médicos y de facturación. No incluye notas de psicoterapia.

Para inspeccionar y copiar información médica que se utilice para tomar decisiones sobre su persona, debe presentar un pedido por escrito en un formulario que le suministraremos a: Yessica Pawlowski. Si solicita una copia de su información médica, podemos aplicar un cargo para cubrir los costos de ubicación, copiado, envío por correo u otros suministros y servicios relacionados con su pedido.

Podemos rechazar su pedido de inspección y copiado en muy limitadas circunstancias. Si se le niega el acceso a la información médica, en determinados casos puede solicitar que se revea la denegatoria. Otro profesional médico autorizado y designado por nuestra clínica revisará su pedido y el rechazo. La persona a cargo de la revisión no será la misma que rechazó inicialmente su pedido. Daremos cumplimiento a lo dispuesto por la revisión.

**Derecho de hacer modificaciones.** Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar una modificación durante todo el tiempo en que tengamos la información en nuestro poder. Debe solicitar la modificación por escrito en un formulario que le suministraremos y enviarlo a: Yessica Pawlowski.

Podemos rechazar su pedido de modificación si no lo presenta en el formulario que suministramos y no incluye un motivo que lo fundamente. Además, podemos rechazar su pedido si nos solicita que modifiquemos información que:

- No fue generada por nosotros, salvo que la persona o entidad que la creó ya no esté disponible para hacer la modificación;
- No forma parte de la información médica que conserva nuestro centro ni que se conserva a los fines de nuestras actividades;
- No es parte de la información que usted tiene permitido inspeccionar y copiar; o
- Es correcta y completa.

Toda modificación que hagamos a su información médica se comunicará a quienes revelemos información, según lo especificado previamente.

**Derecho a recibir un resumen de la información revelada.** Usted tiene derecho a solicitar una lista (resumen) de las instancias en que revelamos información médica sobre usted, a menos que se trate de uso y revelación a los fines de realizar tratamientos, pagos y actividades relacionadas con el cuidado de la salud, tal como ya se indicó.

Debe solicitar dicha lista en el formulario que le suministraremos. Su pedido debe consignar un período que no debe exceder de seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de



2003 [La fecha de cumplimiento de las reglamentaciones sobre privacidad]. La primera lista de divulgaciones que solicite dentro de un período de doce meses será gratuita. Para obtener más listas, pueden corresponder cargos. Le notificaremos cuál es el cargo, y usted tendrá la opción de cancelar o modificar su pedido en ese momento, antes de que se incurra en costo alguno. Le enviaremos una lista de las instancias de revelación de información en papel dentro de los treinta días de su pedido o le notificaremos si nos resulta imposible cumplir con ese plazo y la fecha en que lo haremos; pero esta fecha no debe exceder un total de sesenta días desde el momento en que hace el pedido.

**Derecho a solicitar restricciones.** Tiene el derecho a solicitar que se restrinja o limite la información médica sobre usted que usamos o revelamos para fines de tratamiento, pagos o prestaciones médicas. También tiene el derecho de solicitar que se limite la información médica que revelamos sobre usted a una persona que interviene en la atención que recibe o en los pagos relacionados con dicha atención. Por ejemplo, puede pedir que se niegue el acceso a su información médica a un miembro determinado de nuestro plantel a quien usted conoce personalmente.

*Si bien trataremos de adecuarnos a sus pedidos de restricciones, no estamos obligados a hacerlo* si no es posible garantizar nuestro cumplimiento con la ley o si consideramos que tendrá un impacto negativo sobre la atención que le prestamos. Si los aceptamos, cumpliremos con lo solicitado salvo que la información sea necesaria a fin de brindarle un tratamiento de emergencia. Todas las restricciones deben solicitarse en el formulario que le suministraremos. En su solicitud, debe indicarnos qué información desea limitar y a quién se deben aplicar las limitaciones. Estamos obligados a aceptar la solicitud de restringir la revelación de información médica protegida a las compañías de seguros de salud si usted pagó íntegramente de su bolsillo los servicios médicos relacionados con dicha revelación.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted por cuestiones de salud de una determinada manera o a un determinado lugar. Por ejemplo, puede pedir que solamente nos contactemos con usted a su trabajo o por correo a una casilla postal. Durante nuestro proceso de admisión, le pediremos que indique la manera en que quiere recibir las comunicaciones relacionadas con las prestaciones médicas u otras instrucciones sobre la forma de hacerle llegar notificaciones sobre su salud. Nos adecuaremos a todos los pedidos razonables.

**Derecho a recibir una copia en papel de esta notificación.** Usted tiene derecho a recibir una copia en papel de esta notificación en cualquier momento en que la solicite.

**Derecho a ser notificado en caso de infracción.** Tenemos la obligación de notificarle si se produce una infracción relacionada con información médica protegida enviada de manera no segura.

## **MENORES Y PERSONAS BAJO TUTELA**

Los menores tienen todos los derechos indicados en la presente notificación con respecto a la información médica referida al cuidado de la salud reproductiva, excepto en caso de aborto y en situaciones de emergencia o cuando la ley requiere que se denuncien casos de abuso o negligencia. En caso de aborto, si un padre da su consentimiento para que a usted se le practique un aborto, el padre tiene todos los derechos indicados en la presente notificación, incluso el derecho de acceder a la información médica referida al aborto. Sin embargo, si obtiene un desvío judicial del requisito de consentimiento, tiene los mismos derechos que un adulto con respecto a la información médica relacionada con su aborto. Si es menor de edad o está bajo tutela y procura atención médica no relacionada con la salud reproductiva, su padre/madre o tutor legal puede tener el derecho de acceder a su historia clínica y tomar ciertas decisiones relacionadas con el uso y las revelaciones de su información médica.

### **MODIFICACIONES A ESTA NOTIFICACIÓN**

Nos reservamos el derecho de modificar la presente notificación. Nos reservamos el derecho de poner en vigencia la notificación revisada o modificada para información médica sobre usted con la que ya contamos, como así también para la que recibamos en el futuro. Colocaremos visiblemente una copia de la notificación vigente en nuestro centro y la subiremos a nuestro sitio web. La notificación contiene la fecha de entrada en vigencia en la primera página.

### **QUEJAS**

Si considera que se han violado sus derechos a la privacidad, puede hacernos llegar su queja o presentarla ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para hacernos llegar su queja, póngase en contacto con: Yessica Pawlowski. Todas las quejas deben presentarse por escrito. **No se le aplicará ninguna sanción por presentar una queja.**

### **USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN**

Es necesaria su autorización escrita para usar y revelar información médica en los siguientes casos:

- Usos y revelaciones de información médica protegida para actividades comerciales.
- Usos y revelaciones que impliquen la venta de su información médica protegida.
- Otros usos y revelaciones de información médica que no estén cubiertos por esta notificación ni por las leyes que rigen nuestras actividades.

Si nos autoriza a usar o revelar información médica sobre usted, puede revocar dicha autorización en cualquier momento, siempre por escrito. Si revoca su autorización, dejaremos de usar o revelar información médica sobre usted a los fines cubiertos por la autorización escrita correspondiente. Usted acepta que no podemos retractarnos de las revelaciones que ya hayamos efectuado con su autorización y que tenemos la obligación de mantener los registros de la atención que le brindemos.

## AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Planned Parenthood Southeast, Inc. cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina sobre la base de raza, color, etnicidad, edad, discapacidad o sexo. Planned Parenthood Southeast, Inc. no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, etnicidad, edad, discapacidad o sexo.

- Planned Parenthood Southeast, Inc. brinda ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades, como intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (tipografía más grande, audio, formatos electrónicos accesibles u otro tipo de formatos) a fin de facilitarles la comunicación eficaz con nosotros.
- Planned Parenthood Southeast, Inc. brinda servicios lingüísticos gratuitos, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas, a aquellas personas que no hablan el inglés como idioma nativo.

Si necesita estos servicios, llama a (404) 688-9300.

Si considera que Planned Parenthood Southeast, Inc. no ha proporcionado estos servicios o ha incurrido en algún otro tipo de discriminación sobre la base de cuestiones de raza, color, etnicidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja a: (404) 688-9300. Puede presentar una queja en persona, o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita asistencia para presentar una queja, llama a (404) 688-9300. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (dependiente del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos), de manera electrónica por medio del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles (accesible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>) o por correo o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human  
Services 200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building,  
Washington, DC 20201 1- 800-868-  
1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede encontrar formularios de quejas en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- **ATENCIÓN:** Usted dispone de servicios de asistencia lingüística sin cargo. Comuníquese con (404) 688-9300.
- **Chú ý:** Dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí, có sẵn cho bạn. Vui lòng gọi 404-688-9300.
- **주의 :** 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. 404-688-9300으로 전화하십시오.  
juui : eon-eo jiwon seobiseuga mulyolo jegongdoebnida. 404-688-9300eulo jeonhwahasibsio.

- 注意：免费提供语言帮助服务。请致电404-688-9300 Zhùyì: Miǎnfèi tígōng yǔyán bāngzhù fúwù. Qǐng zhìdiàn 404-688-9300.

- ધ્યાન: ભાષા સહાય સેવાઓ, નિ: શુલ્ક, તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. કૃપા કરીને 404-688-9300 પર ક .લ કરો. Dhyāna: Bhāṣā sahāya sēvā'ō, ni: Śulka, tamārā māṭē upalabdha chē. Kṛpā karīnē 404-688-9300 para ka.La karō.
- Attention: des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. S'il vous plaît appelez 404-688-9300.
- ትኩረት የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች ያለ ክፍያ እርስዎ ይገኛሉ ። እባክዎ በ 404-688-9300 ይደውሉ ። tikureti yek'wanik'wa digafi āgeligilotochi yale kifiya irisiwo yigenyalu ። ibakiwo be 404-688-9300 yidewilu ።
- ધ્યાન: भाषा सहायता सेवाएं, आपके लिए नि:शुल्क उपलब्ध हैं। कृपया 404-688-9300 पर कॉल करें। dhyaan: bhaasha sahaayata sevaen, aapake lie nihshulk upalabdh hain. krupaya 404-688-9300 par kol karen.
- Atansyon: Sèvis asistans lang, gratis, disponib pou ou. Tanpri rele 404-688-9300.
- Внимание: Вам бесплатно предоставляются услуги языковой помощи. Пожалуйста, звоните 404-688-9300.

Vnimaniye: Vam besplatno predostavlyayutsya uslugi yazykovoy pomoshchi.

Pozhaluysta, zvonite 404-688-9300.

انتباه: تتوفر خدمات المساعدة اللغوية

مجاًناً. يرجى الاتصال 404-688-

9300

aintibah: tatawafar khadamat almusaeadat allughawiat mjanana. yrja alaitisal 404-688-

9300.

- Atencção: Serviços de assistência linguística, gratuitos, estão disponíveis para você. Ligue para 404-688-9300.

توجه: خدمات کمک به زبان ،

رایگان ، در دسترس شما است. لطفا

با شماره 404-688-9300 تماس

بگیرید.

- Achtung: Die Sprachunterstützung steht Ihnen kostenlos zur Verfügung. Bitte rufen Sie die Nummer 404-688-9300 an.

- 注意：言語支援サービスは無料で利用できます。404-688-9300にお電話ください。

Chūi: Gengo shien sābisu wa muryō de riyō dekimasu. 404 - 688 - 9300 Ni o denwa kudasai.