

**LEXINGTON REGIONAL HEALTH CENTER
LEXINGTON, NE 68850**

JOINT 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.

We are required by law to maintain the privacy of your medical information and to provide you with notice of our legal duties, privacy practices and your rights with respect to your medical information. Your medical information includes your individually identifiable medical, insurance, demographic, and medical payment information. For example, it includes information about your diagnosis, medications, insurance status and policy number, medical claims history, address, and social security number.

This notice describes the privacy practices of Lexington Regional Health Center and all of its programs and departments, including all Rural Health Clinics. This includes:

- Any health care professional authorized to enter information into your medical record.
- Any member of a volunteer group or health care students we allow to help you while you are receiving care from this health center.
- All employees, staff and other health center personnel, including Home Care Services and health clinics.
- All the above will follow the terms of this notice. In addition, they may share medical information with each other for treatment, payment or health center operations as described in this notice.

This notice also describes the privacy practices of an “organized health care arrangement” or “OHCA” between the Health Center and eligible providers on our Medical Staff. Because the Health Center is a clinically-integrated care setting, our patients receive care from the Health Center staff and from independent practitioners on the Medical Staff. The Health Center and our Medical Staff must be able to share your medical information freely for treatment, payment and health care operations as described in this notice. Because of this, the Health Center and all eligible providers on the Health Center’s Medical Staff have entered into the OHCA under which the Health Center and the eligible providers will:

- Use this Notice as a joint notice of privacy practices for all inpatient and outpatient visits and follow all information practices described in this Notice;
- Obtain a single signed acknowledgment of receipt; and
- Share medical information from inpatient and outpatient health center visits with eligible providers so that they can help the Health Center with its health care operations.

The OHCA does not cover the information practices of practitioners in their private offices or at other practice locations.

UNDERSTANDING YOUR MEDICAL RECORD INFORMATION:

Each time you visit Lexington Regional Health Center a record of your visit is made.

Typically, this record describes your symptoms, examination, test results, diagnoses, treatment, and a plan for future care or treatment. This information, often referred to as your health or medical record or designated record set, also includes your financial record and may be in paper or electronic form and serves as a:

- basis for planning your care and treatment;
- means of communication among the many health care professionals who help with your care;
- legal documents describing the care you received;
- means by which you or a third party payer, such as your insurance company, can verify that services billed were actually provided;
- a tool in educating health professionals;
- a source of data for medical research;
- a source of information for public health officials who work to improve the health of the nation;
- a source of data for facility planning and marketing;
- a tool with which we can use to continually work to improve our patient care and the outcomes.

Understanding what is in your record and how it is used will help you to:

- make certain it is accurate;
- better understand who, what, when, where and why others may access your health information;
- make a more informed decision when giving your permission for your health information to be sent or released to others.

YOUR RIGHTS REGARDING YOUR MEDICAL INFORMATION:

Although your medical record is the physical property of Lexington Regional Health Center, the information belongs to you. Lexington Regional Health Center has developed procedures as described in the federal law that allows you several rights. All requests to exercise these rights must be in writing. We will respond to your request on a timely basis in accordance with our written policies and as required by law.

Right To See And Get Copies Of Your Medical Information

You have the right to timely access to your medical information. Upon receipt of your written request, you will be provided a copy of your medical information within 30 days. You may request a copy of your medical information by contacting the Health Information Management Department and filling out the appropriate request for records. You may also access our Release of Information form at www.LexingtonRegional.org. You may then mail a copy of this request to Lexington Regional Health Center, ATTN: HIM Department, PO Box 980, Lexington NE 68850 or via fax to 308-324-8311. You may inspect and copy much of the medical information we maintain about you, with some

exceptions. Psychotherapy notes, behavioral health notes, and information regarding HIV/AIDS or substance abuse will require individual authorization and, in certain instances, may require provider authorization. Any information disclosed for marketing purposes and/or the sale of information also will require individual authorization. If we maintain the medical information electronically in one or more designated record sets and you ask for an electronic copy, we will provide the information to you in the form and format you request, if it is readily producible. If we cannot readily produce the record in the form and format you request, we will produce it in another readable electronic form we both agree to. We may charge a cost-based fee for producing copies or, if you request one, a summary. If you direct us to transmit your medical information to another person, we will do so, provided your signed, written direction clearly designates the recipient and location for delivery.

Right To Correct Or Update Your Medical Information

If you believe that there is a mistake in your medical information or that a piece of information is missing, you have the right to request that we correct the existing information or add the missing information. That request must be made in writing and you must provide a reason for the change. We will respond within 60 days of receiving your request. We may deny your request if it is not in writing or does not include a reason to support the request. Also, we may deny your request if the medical information is:

- correct and complete;
- not created by us;
- not allowed to be looked at and copied for you; or
- not part of our records.

Our written denial will tell you the reasons for the denial and will tell you how to file a written statement of disagreement with the denial.

Right To Get A List Of The Disclosures We Have Made

You have the right to receive an accounting of certain disclosures of your medical information made by us or our business associates for the six years prior to your request. Your right to an accounting does not include disclosures for treatment, payment and health care operations and certain other types of disclosures, for example, as part of a facility directory or disclosures in accordance with your authorization.

Right To Request Limits On Uses And Disclosures Of Your Medical Information

You have the right to request a restriction or limitation on the medical information we use or disclose about you for treatment, payment or health care operations or to persons involved in your care. We are not required to agree to your request, with one exception explained in the next paragraph, and we will notify you if we are unable to agree to your request.

We are required to agree to your request that we not disclose certain health information to your health plan for payment or health care operations purposes, if you pay out-of-pocket in full for all expenses related to that service prior to your request, and the disclosure is not otherwise required by law. Such a restriction will only apply to records that relate solely to the service for which you have paid in full. If we later receive an Authorization from you dated after the date of your requested restriction which authorizes

us to disclose all of your records to your health plan, we will assume you have withdrawn your request for restriction.

Several different covered entities listed at the start of this Notice use this Notice. You must make a separate request to each covered entity from whom you will receive services that are involved in your request for any type of restriction. Contact the Health Center at the address listed below if you have questions regarding which providers will be involved in your care.

Right To Choose How We Send Medical Information To You

You have the right to ask that we send information to you at an alternate address or by alternate means. We must agree to your written request so long as we can easily provide it in the format you requested.

Right To Confidential Communications

You may request that we communicate with you about your health information in a certain way or at a certain location. We will agree to your request if it is reasonable and specifies the alternate means or location.

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. You may also obtain a copy of this notice at our website, www.lexingtonregional.org.

Notice in the Case of Breach

We are required by law to notify you of a breach of your unsecured medical information. We will provide such notification to you without unreasonable delay but in no case later than 60 days after we discover the breach.

OUR RESPONSIBILITIES:

Lexington Regional Health Center is required by law to:

- maintain the privacy of your medical information;
- provide you with a paper copy of this notice as to our legal duties and privacy practices concerning the medical information we collect and maintain about you;
- abide by the terms of the Notice currently in effect;
- notify you if we are unable to agree to a requested limit or restriction;
- follow reasonable requests you may have to communicate your medical information at an alternate address or by an alternate means.

We reserve the right to or may be required by law to change our privacy practices, which may result in changes in this notice. We further reserve the right to make the revised or changed privacy practices notice effective for medical 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 multiple locations within the health center and on our website, www.lexingtonregional.org. The notice's effective date will be in the bottom right-hand corner of the last page. In addition, each time you register at or are admitted to the health

center for treatment or health care services as an inpatient or outpatient, we will offer you a copy of the current notice in effect. We will not use or disclose your health information without your permission or authorization, except as described in this notice.

EXAMPLES OF DISCLOSURES FOR TREATMENT, PAYMENT AND HEALTH OPERATIONS:

The following are the types of uses and disclosures we may make of your medical information without your permission. We will use and disclose your information as required by federal, State or local law. Also where State or federal law restricts one of the described uses or disclosures, we will follow the requirements of such law. Not every use or disclosure in a category is listed. However, all the ways we are permitted to use and disclose your medical information will fall within one of the categories.

- ◆ We will use your medical information for treatment. For example, medical information obtained by a nurse, doctor or other health care workers will be recorded in your record and used to decide the treatment that should work best for you. Members of your healthcare team will then record the actions they took and their observations. In that way, the doctor will know how you are responding to treatment. We may also disclose that information about you to other doctors, nurses, technicians, health center personnel, medical students, health care volunteers and health care students who are involved in taking care of you.

We will also provide your physician or another healthcare provider or facility with information which may include copies that should assist them in treating you once you are discharged. For example, if you are transferred to a nursing facility, we will send medical information about you to the nursing facility.

- ◆ We will use your medical information for payment. For example, a bill may be sent to you or a third-party payer, such as your insurance company. The information on or sent with the bill may include your identity, diagnoses, procedures performed, and supplies used. We may also provide necessary information to other healthcare providers for their billing purposes in services they provided you. For example, if you are transferred to another facility by ambulance, the information collected will be given to the ambulance company for its billing purposes. However, as State Law requires for Home Health Agencies and Hospices, we will obtain your permission prior to disclosing your medical information to other providers or health insurance companies for payment purposes.

We may tell your health plan about treatment you are receiving. This may be done to obtain prior approval or to determine whether your health plan will cover the treatment and/or health center stay.

- ◆ We will use your health information for regular health center operations. For example, members of the Medical Staff and quality management teams may use your medical information to review the care and outcomes of your case and others like it. This information will then be used in an effort to continually improve the quality and effectiveness of the healthcare and services we provide, including if we need to offer additional services. We may also disclose your medical information to medical students and other healthcare students for review and learning purposes.

In some cases, we will furnish other qualified parties with your medical information for their health care operations. For example, an ambulance company may also want to know whether they did an effective job of providing care for you. However, again as per State Law for Home Health Agencies and Hospices, disclosures for health care operations of another health care provider will only be made with your consent.

1. We may allow our business associates to use your medical information if necessary. For example, there are some services provided in our organization through contracts with other persons or organizations, known as business associates. Our radiology or x-ray films are read by physicians not employed by us and another organization performs the pathology services. To protect your medical information, however, we require the business associates to appropriately protect your medical information.
2. We will provide your information for the facility directory. For example, unless you object, we will use your name, your location in our health center, your condition described in general terms, and religious preferences for directory purposes. This directory information may be released to people who contact the health center and ask for you by name. The information provided to members of the clergy will be released by religious affiliation.
3. We may disclose your location or general condition to a family member, your personal representative or another person identified by you. If any of these individuals are involved in your care or payment for care, we may also disclose such medical information as is directly relevant to their involvement. We will only release this information if you agree, are given the opportunity to object and do not, or if in our professional judgment, it would be in your best interest to allow the person to receive the information or act on your behalf. For example, we may allow a family member to pick up your prescriptions, medical supplies or X-rays. We may also disclose your information to an entity assisting in disaster relief efforts so that your family or individual responsible for your care may be notified of your location and condition.
4. We may release your medical information for research, subject to certain safeguards. For example, we may disclose information to researchers when their research has been approved by a special committee that has reviewed the research proposal and established protocols to ensure the privacy of your medical information. We may disclose medical information about you to people preparing to conduct a research project, but the information will stay on site.
5. We are required to apply safeguards to protect your medical information for 50 years following your death. Following your death, we may disclose medical information to a coroner, medical examiner or funeral director as necessary for them to carry out their duties and to a personal representative (for example, the executor of your estate). We may also release your medical information to a family member or other person who acted as personal representative or was involved in your care or payment for care before your death, if relevant to such person's involvement, unless you have expressed a contrary preference.
6. We will use your medical information for organ and tissue donation. For example, according to law, we will provide medical information to organ donation

organizations or other organizations involved in the obtaining of organs or tissue, the banking of the organs, or the transplantation of the same.

7. We may use your information for appropriate reminders. For example, we may contact you to remind you of appointments for diagnostic testing or treatment or other health-related benefits and services that may be of interest to you, including educational opportunities.
8. We may contact you as part of a fundraising effort. We may also use, or disclose to a business associate or to a foundation related to the Health Center, certain medical information about you, such as your name, address, phone number, dates you received treatment or services, treating physician, outcome information and department of services (for example, cardiology or orthopedics), so that we or they may contact you to raise money for the Health Center. Any time you are contacted, whether in writing, by phone or by other means for our fundraising purposes, you will have the opportunity to “opt out” and not receive further fundraising communications related to the specific fundraising campaign or appeal for which you are being contacted, unless we have already sent a communication prior to receiving notice of your election to opt out.
9. We will use your medical information for public health purposes. For example, we may disclose medical information about you for public health activities or as authorized by law. These activities generally include the following examples:
 - to prevent or control disease, injury, or disability;
 - to report births or deaths;
 - to report reactions to medications or problems with products to FDA-regulated entities;
 - 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 contacting or spreading a disease or condition;
 - to notify the appropriate government authority if we believe you have been the victim of abuse, the victim of neglect, or the victim of violence resulting in certain wounds and physical injuries;
 - with parent or guardian permission, to send proof of required immunizations to a school.
10. We may use your medical information for Workers’ Compensation. For example, we may release, as authorized by law, medical information about you for workers’ compensation or similar programs. These programs provide benefits for work-related injuries or illness.
11. We may use your medical information for the correctional institution. For example, if you are an inmate of a correctional institution or under the custody of a law enforcement official, we may release your medical information to the correctional institution or law enforcement official. This release would be necessary for the institution to provide you with health care, to protect your health and safety or the health and safety of others, or for the safety and security of the correctional institution.

12. We may use your medical information for law enforcement. For example, we may release medical 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 if, under certain circumstances, we are unable to obtain the your agreement;
 - about a death we believe may be the result of criminal conduct;
 - about criminal conduct at the health center;
 - 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.

Where limited by State or federal law, we will use and disclose your medical information within the limits of the law.

13. We may use your medical information for judicial and administrative proceedings. For example, if you are involved in a lawsuit or a dispute, we may disclose medical information about you in response to a court or administrative order. We may also disclose medical information about you in response to a subpoena, discovery request or other lawful process by someone else involved in the dispute, but only if reasonable efforts have been made to notify you of the request or to obtain an order from the court protecting the information requested.

14. We may use your medical information for health oversight activities. For example, we may disclose medical information to a health oversight agency for activities authorized by law. This may include 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.

15. We may use your medical information to prevent a threat of harm to others. We will only do this if we, in good faith, believe it is necessary to prevent or lessen the threat and is to a person reasonably able to prevent or lessen the threat (including the target) or is necessary for law enforcement authorities to identify or apprehend an individual involved in a crime.

16. We may use your information for national security and intelligence activities as authorized by law or for protective services of the President. If you are a military member, we may disclose to military authorities under certain circumstances.

17. There may be certain incidental uses or disclosures of your information that occur while we are providing service to you or conduct our business. For example, after surgery the nurse or doctor may need to use your name to identify family members that may be waiting for you in our waiting rooms. Other individuals waiting in the same area may hear your name called. We will make reasonable efforts to limit these incidental uses and disclosures.

18. We may participate in one or more electronic health information exchanges which permits us to electronically exchange medical information about you with other participating providers (for example, doctors and hospitals) and health plans and their business associates. For example, we may permit a health plan that insures you to electronically access our records about you to verify a claim for payment for services we provide to you. Or, we may permit a physician providing care to your

to electronically access our records in order to have up to date information with which to treat you. As described earlier in this Notice, participation in a health information exchange also lets us electronically access medical information from other participating providers and health plans for our treatment, payment and health care operations purposes as described in this Notice. We may in the future allow other parties, for example, public health departments that participate in the health information exchange, to access your medical information electronically for their permitted purposes as described in this Notice.

USES AND DISCLOSURES REQUIRING YOUR AUTHORIZATION:

There are many uses and disclosures we will make only with your written authorization. These include:

- **Uses and Disclosures Not Described Above** – We will obtain your authorization for any use or disclosure of your medical information that is not described in the preceding examples.
- **Psychotherapy Notes** – These are notes made by a mental health professional documenting conversations during private counseling sessions or in joint or group therapy. Many uses or disclosures of psychotherapy notes require your authorization.
- **Marketing** – We will not use or disclose your medical information for marketing purposes without your authorization. Moreover, if we will receive any financial remuneration from a third party in connection with marketing, we will tell you that in the authorization form.
- **Sale of Medical Information** – We will not sell your medical information to third parties without your authorization. Any such authorization will state that we will receive remuneration in the transaction.

If you provide authorization, you may revoke it at any time by giving us notice in accordance with our authorization policy and the instructions in our authorization form. Your revocation will not be effective for uses and disclosures made in reliance on your prior authorization.

FOR MORE INFORMATION OR TO REPORT A CONCERN:

If you have questions about this notice and would like additional information, you may contact the Privacy Officer at Lexington Regional Health Center (308)324-565 or (800) 348-5677. All complaints/requests must be submitted in writing to the Privacy Officer also at P.O. Box 980, Lexington, NE 68850. Also, if you believe your privacy rights have been violated and not addressed by Lexington Regional Health Center, you have the right to file a complaint with the Secretary of Health and Human Services. You will not be retaliated against for filing a complaint.

Version #8

Effective date: January 28, 2020

LEXINGTON REGIONAL HEALTH CENTER

LEXINGTON, NE 68850

NOTIFICACION EN CONJUNTO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Esta Notificación Describe La Forma En La Que Puede Usarse Y Divulgarse Su Información Médica, Y Como Ud. Puede Tener Acceso A Ella. Leála con Atención.

La ley nos obliga a garantizar la privacidad de su información médica, y a entregarle un aviso sobre nuestras obligaciones legales, nuestras prácticas de privacidad y sus derechos con respecto a su información médica. Su información médica identificable individualmente incluye información médico, seguros, demográficos y información de pago. Por ejemplo, se incluye la información acerca de su diagnóstico, medicamentos o, estado del seguro y número de póliza, la historia de reembolso de gastos médicos, su dirección postal, y su número de seguro social.

Esta notificación describe las prácticas de privacidad de todos los programas y departamentos del Lexington Regional Health Center, Family Medicine Specialists, Elwood Clinica, y Bertrand Clinica. Incluyendo:

- Cualquier profesional de la salud autorizado a ingresar información en su expediente médico.
- Cualquier miembro de un grupo voluntario o estudiantes en el área de la salud que permitimos le asista mientras recibe atención médica en este health center.
- Todos los empleados, y todo el personal del health center, incluyendo al personal del Departamento de Servicio de Salud en el Hogar y clínicas de salud rurales.
- Todos los mencionados arriba, seguirán los términos descritos en esta notificación. También ellos podrán compartir información médica entre sí para ser usada en su tratamiento, en los pagos y en las operaciones del health center como está descrito en esta notificación.

Esta notificación también describe las prácticas de privacidad de un "acuerdo organizado de cuidado de la salud" u "OHCA" entre el health center y proveedores elegibles de nuestro personal médico. Debido a que el health center es una entidad clínicamente integrada, nuestros pacientes reciben servicio del personal de nuestro health center y de practicantes independientes que pertenecen a nuestro personal médico. El health center y nuestro personal médico deberá poder compartir libremente información para ser usada con referencia a su tratamiento, pagos y operaciones del health center como está descrito en esta notificación. Por esta razón, el health center y todos los proveedores elegibles que son parte del personal médico de este health center han entrado en un acuerdo bajo el "OHCA" por el cual el health center y sus proveedores:

- Harán uso de esta notificación dando a conocer las prácticas de privacidad a todos los pacientes, ya sea internos o externos, y reforzarán las prácticas de información descritas en esta notificación;
- Obtendrán una sola confirmación de recibo firmada; y
- Compartirán información médica de pacientes internos y externos del health center con proveedores que son elegibles para que de esa manera puedan cooperar con el health center en las prácticas de cuidado de salud.

El Acuerdo "OHCA" no cubre las prácticas de información usadas por los médicos en sus consultorios.

COMPRIENDIENDO SU EXPEDIENTE MEDICO:

Cada vez que Ud. viene al Lexington Regional Health Center para algún servicio, se hace record de su visita.

Por lo general, en este record se describen sus síntomas, revisión, resultados de exámenes, diagnósticos, un plan de atención o tratamiento en el futuro. Esta información, con frecuencia es referida como su expediente médico, también incluye su información financiera la cual puede estar en forma de papel o electrónica y sirve como:

- base para planear su tratamiento y cuidado de salud;
- un medio de comunicación entre el grupo de profesionales que están al tanto de su cuidado de salud;
- documento legal describiendo la atención recibida;
- un medio por el cual Ud. o un tercero pagador, tal como, su compañía de seguro de salud, puede verificar que los servicios que se cobraron fueron realmente provistos;
- herramienta para educar a profesionales de la salud;
- fuente de datos para investigación médica;
- fuente de información para los oficiales que están a cargo de la salud pública, los cuales trabajan para mejorar la salud de la nación;
- fuente de datos para el planeamiento y mercado del health center;
- herramienta que podemos usar para trabajar continuamente para el mejoramiento de nuestro cuidado de salud y sus resultados.

El entender lo que contiene su expediente y saber como es usado le ayudará a:

- asegurarse que esté correcto;
- entender mejor quien, que, cuando, donde y la razón por el cual otros pueden tener acceso a su información médica;
- hacer una decisión estando más informado cuando dé su permiso, para que su información de salud sea enviada a otros.

SUS DERECHOS EN CUANTO A SU INFORMACION MEDICA:

Aunque su información médica es propiedad física del Lexington Regional Health Center, esta información le pertenece a Ud. El Lexington Regional Health Center ha desarrollado procedimientos como están descritos en la ley federal que le conceden algunos derechos. Todas las solicitudes relativas a cualquiera de estos derechos deben presentarse por escrito. Responderemos a su solicitud en el momento oportuno de acuerdo con nuestra política por escrito de políticas y en la forma requerida por la ley.

El derecho de ver y obtener copias de su información

Usted tiene derecho a un acceso oportuno a su información médica, al recibir su solicitud por escrito, se le proporcionará una copia de su información médica dentro de los próximos treinta días. Usted puede solicitar una copia de su información médica comunicándose con el Departamento de Administración de la Salud y presentando la solicitud apropiada para obtener sus registros. También puede acceder a nuestro comunicado de información de www.LexingtonRegional.org, Nos envía la copia de esta solicitud por correo a Lexington Regional Health Center, Atención HIM Departamento P.O.Box 980 Lexington, NE.68850 o por Fax al 308-324-8311. Usted podrá inspeccionar y copiar buena parte de la información médica que obra en nuestro poder, con algunas excepciones. Notas de psicoterapia, notas de salud del comportamiento, e información sobre el VIH/SIDA o abuso de sustancias lo cual requerirá la autorización del individuo. Cualquier información relevada para fines de comercialización y/ o la venta de información

requerirá autorización individual. Si mantenemos la información médica por vía electrónica, en uno o más conjuntos de registros y pide una copia electrónica, nosotros le proporcionaremos la información en la forma y el formato que usted solicite, si se puede producir fácilmente. Si no podemos producir fácilmente el registro, en la forma y el formato solicitado, lo pondremos en otro formato electrónico legible en que los dos estamos de acuerdo. Podemos cobrarle los costes de producir copias o, si usted lo solicita, un resumen de los costes. Si usted nos dirige a transmitir su información médica a otra persona, lo haremos, siempre que su dirección por escrito claramente designa el destinatario y lugar de entrega.

El derecho a corregir o actualizar su información médica

Si Ud. piensa que ha habido un error en su información médica o que falta parte de su información en su expediente, Ud. tiene el derecho de pedir que se corrija la información existente o que se añada a su expediente la información que hace falta. La petición debe estar por escrito y Ud. debe proveer una razón para hacer tal cambio. Le responderemos en un período de 60 días después de haber recibido su petición. Su petición puede ser negada si no está hecha por escrito o si no incluye una razón la cual apoye su petición. También, se le puede negar su petición si su información médica es:

- correcta y completa;
- no creada por nosotros;
- no se permita ver ni hacer copias para Ud. o;
- si no es parte de sus records.

Le mandaremos una negación por escrito donde explicará las razones por las cuales se le ha negado su petición, y se le dirá como hacer una declaración de desacuerdo.

El derecho de obtener una lista de las divulgaciones que hemos hecho

Usted tiene derecho a recibir informes sobre ciertos casos en los que nosotros, o nuestros socios, hayamos divulgado su información médica en los seis años anteriores a su solicitud. El derecho a una contabilidad no incluirá las divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud y otros tipos de información, por ejemplo, como parte de un directorio de la facilidad o revelaciones de conformidad con su autorización.

El derecho de solicitar restricciones sobre el uso y distribución de su información médica

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica que utilizamos o divulgamos acerca de usted para fines de tratamiento, pago u operaciones de cuidados de la salud o a las personas que participan en su atención médica. No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud, con una excepción que se explica en el siguiente párrafo, y le notificaremos en caso de que no se pongan de acuerdo a su solicitud.

Estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud que no revelar cierta información médica a su plan de salud para el pago o las operaciones del cuidado de la salud, si usted paga de su bolsillo en plena para todos los gastos relacionados con el servicio antes de que su petición, y a la divulgación de lo contrario no es requerido por la ley. Esta restricción se aplicará únicamente a los registros que se refieren únicamente al servicio para las que usted haya pagado en su totalidad. Si luego recibimos una autorización de fecha después de la fecha de su petición de restricción que nos autoriza a revelar todos sus registros a su plan de salud, vamos a suponer que usted ha retirado su solicitud de restricción.

Diferentes entidades cubiertas aparecen en el inicio de este Aviso usan este Aviso. Usted debe hacer una solicitud por separado para cada entidad de las que desea recibir servicios que intervienen en su solicitud a cualquier tipo de restricción. Póngase en contacto con el Health Center a la dirección que aparece a

continuación si usted tiene preguntas con respecto a los cuales los proveedores estarán involucrados en su cuidado.

El derecho a escoger como le será enviada su información médica

Ud. tiene el derecho de solicitar que le enviemos información a una dirección alternativa o por medios alternativos. Estaremos de acuerdo con su petición por escrito, siempre y cuando podamos con facilidad proveerle esa información en la forma que Ud. la ha solicitado.

El derecho a comunicaciones confidenciales

Usted puede solicitar que nosotros nos comuniquemos con usted a cerca de su información de salud de cierta manera o de cierta localización. Nosotros estamos de acuerdo con su solicitud si es razonable y específica las alternativas que quiere decir las localizaciones.

El derecho de tener una copia de esta notificación

Ud. tiene el derecho de tener una copia de esta notificación. Ud. puede pedir que le demos una copia de esta notificación via internet al www.lexingtonregional.org.

Aviso en caso de Incumplimiento

Estamos obligados por ley a notificar la existencia de una violación de su información médica. Vamos a proporcionar dicha notificación a usted sin demora injustificada, pero en ningún caso a más tardar 60 días después de que nos descubra la infracción.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES:

El Lexington Regional Health Center está obligado por ley de:

- mantener la privacidad de su información médica;
- proveerle una copia de este manual, en donde se le informa de sus responsabilidades legales y prácticas de privacidad relacionadas con la información médica que obtengamos y guardemos de Ud.;
- observar los términos del manual;
- notificarle si no nos es posible estar de acuerdo con algún límite o restricción que Ud. ha solicitado;
- acceder a su petición de enviar su información médica a una dirección alternativa o por medios alternativos.

Nos reservamos el derecho a, o tal vez se nos requiera por ley, cambiar nuestras prácticas de privacidad, lo cual resultará en cambios en este manual. Por lo demás, nos reservamos el derecho de hacer efectivo los cambios hechos al manual de prácticas de privacidad en cuanto a su información médica que ya tenemos y que recibiremos en el futuro. Pondremos a la vista una copia de nuestro manual actual en diferentes áreas del health center y también por internet, www.lexingtonregional.org. La fecha de efectividad del manual se encontrará en la última al pie de la esquina derecha. Además, cada vez que Ud. se registre o sea admitido al health center para tratamiento o servicios de cuidado de salud como paciente interno o externo, se le ofrecerá una copia del manual actual. No usaremos ni compartiremos su información médica sin su permiso ni autorización, excepto como está descrito en este manual.

EJEMPLO DE COMO SE USARÁ SU INFORMACIÓN MÉDICA, RELACIONADA CON SU TRATAMIENTO PAGO Y OPERACIONES DE SALUD.

A continuación encontrará algunas formas del uso que posiblemente con su información médica sin necesitar su permiso. Usaremos y compartiremos su información médica como es requerido por la ley federal, estatal y local. Además, donde la ley federal o estatal restrinja uno de los usos ya descritos, nosotros seguiremos los requisitos de tal ley. No hemos mencionado todos los usos de cada categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar su información médica cae dentro de una de estas categorías.

- Usaremos su información médica para tratamiento. Por ejemplo, su información médica obtenida por una enfermera, doctor o alguien más relacionado con el cuidado de salud, se registrará en su expediente y se usará para decidir el tratamiento que es mejor para Ud. Los miembros del equipo que están a cargo de su cuidado de salud anotarán sus observaciones y cada acción que fue tomada. De esta manera, el doctor se dará cuenta como Ud. está respondiendo al tratamiento. Es posible que compartamos esa información acerca de Ud. con otros doctores, enfermeras técnicos, personal del health center, estudiantes de medicina, voluntarios y estudiantes que estén involucrados con el cuidado de salud.

También proveeremos a su médico u otro proveedor de salud o institución con información la cual incluirá copias, para asistirle en su tratamiento una vez haya sido dado de alta. Por ejemplo, si Ud ha sido trasladado a un asilo de ancianos, nosotros enviaremos su información médica a esa institución.

- Usaremos información médica para obtener pagos. Por ejemplo, posiblemente le enviaremos un cobro a Ud. o a una tercera entidad, tal como su aseguranza de salud. La información que enviemos en el cobro puede incluir datos de identificación, diagnóstico, procedimientos que ha tenido y artículos que hayan sido usados en su cuidado de salud. También proveeremos la información necesaria a otros proveedores de salud para ayudarlos con sus cobros relacionados con servicio provistos a Ud. Por ejemplo, si Ud es trasladado a otra institución en ambulancia, la información adquirida se entregará a la compañía a la cual pertenece la ambulancia para ser usada con propósito de facturación. Sin embargo, tal como la ley estatal requiere a las Agencias de Cuidado de Salud en el Hogar y al programa de Hospicio, se obtendrá su permiso antes de compartir su información médica a otros proveedores o compañías de segur de salud para ser usada con propósito de facturación.

Es posible que mencionemos a quienes están encargados de su plan de salud acerca del tratamiento que está recibiendo. Esto se puede hacer con el propósito de obtener aprobación o determinar si su plan de salud cubrirá el tratamiento y/o estancia en el health center.

- Usaremos su información de salud para operaciones normales del health center. Por ejemplo, miembros del cuerpo médico y del personal de administración de calidad pueden usar su información médica para repasar el cuidado y resultado de su caso u otros casos similares. Como consecuencia, esta información será usada para mejorar continuamente la calidad y efectividad de los servicios y cuidado de salud que ofrecemos. Es posible que también compartamos su información médica a estudiantes de medicina y a otros estudiantes que tengan que ver con el cuidado de salud, con el propósito de analizar y aprender.

En algunos casos, proveeremos su información médica a otros grupos calificados, con el propósito de ser usada para sus operaciones del cuidado de salud. Por ejemplo, una compañía de ambulancias posiblemente quiera saber si hicieron un trabajo efectivo al proveer servicio para Ud. Sin embargo, una vez más, se requiere tener su consentimiento para que las Agencias de Servicios de Salud en el Hogar y Hospicio compartan su información médica a otros proveedores del cuidado de salud.

1. Podemos permitir que nuestros asociados usen su información médica si es necesario. Por ejemplo, existen algunos servicios que son provistos dentro de nuestra organización bajo contrato con otras personas u organizaciones, conocidas como nuestros asociados. Las placas de radiología son leídas por doctores que no son empleados nuestros y otra organización provee los servicios de patología. Para proteger su información médica, requerimos que nuestros asociados protejan apropiadamente su información médica.
2. También proveeremos su información al directorio de nuestro health center. Por ejemplo, a menos de que Ud. se rehuse, usaremos su nombre, número de cuarto, su condición usando términos generales, y preferencia religiosa para propósito de nuestro directorio. Esta información puede ser compartida con personas que llamen al health center preguntando por Ud., siempre y cuando lo mencionen por nombre. La información provista a miembros del clero se entregará según la afiliación religiosa.
3. Podremos divulgar su ubicación o estado general de salud a los miembros de su familia, a su representante personal o otra persona identificada por usted. Si cualquiera de estos individuos estuviesen implicadas en su tratamiento, también podríamos divulgarles dicha información médica, en la medida en que ésta sea relevante en términos de su participación activa en el citado tratamiento. Sólo revelaremos dicha información con su autorización, o si se le brinda la posibilidad de denegarnos su permiso y no lo hace, o si según nuestro criterio profesional consideramos que lo mejor para sus intereses es autorizar a dichas personas a obtener la citada información o a actuar en su nombre. Por ejemplo, podremos autorizar a cualquier miembro de su familia a recoger sus recetas de medicamentos, sus suministros médicos o sus radiografías. También podremos divulgar su información a cualquier entidad que colabore con nosotros en campañas de apoyo en casos de desastres, de forma que su familia, o la persona responsable de sus cuidados, pueda recibir el aviso de dónde se encuentra y cuál es su estado de salud.
4. Podemos compartir su información médica para investigación, siempre y cuando esté sujeta a ciertas precauciones. Por ejemplo, es posible que podamos dar su información a investigadores cuya investigación ha sido aprobada por un comité especial que ha analizado la investigación propuesta y establecido protocolos para asegurar la privacidad de su información médica. Es posible que compartamos su información médica a personas que están por conducir un proyecto de investigación, pero su información se quedará aquí en el health center.
5. Estamos obligados a aplicar las salvaguardias para proteger su información médica durante 50 años después de su muerte. Después de su muerte, podemos divulgar información médica a un médico forense, un médico clínico o director de funerales según sea necesario para que puedan llevar a cabo sus funciones y a un representante personal (por ejemplo, el albacea de su sucesión). También podemos divulgar su información médica a un miembro de su familia u otra persona que actúa como representante personal o fue involucrado en su cuidado o el pago para la atención antes de su muerte, si es pertinente para la participación de la persona, a menos que usted ha manifestado contrario preferencia.
6. Usaremos su información médica para la donación de órganos y tejidos. Por ejemplo, de acuerdo a la ley, proveeremos información médica a las organizaciones encargadas de la donación de órganos y otras organizaciones que están encargadas en obtener, guardar, y/o transplantar los órganos y tejidos.
7. Podemos usar su información como forma de recordatorio. Por ejemplo, es posible que nos comuniquemos con Ud. para recordarle acerca de sus citas en cuanto a sus exámenes, tratamiento, u otros servicios relacionados con su salud que puedan ser de interés para Ud.

8. Podremos ponernos en contacto con usted con motivo de alguna campaña de recaudación de fondos. También podemos usar o revelar a un socio de negocios o a una fundación relacionada con el health center cierta información médica acerca de usted, como su nombre, dirección, número de teléfono, fechas en las que recibió tratamiento o servicios, el tratamiento médico, información sobre los resultados y el departamento de servicio (por ejemplo, cardiología y ortopedia), por lo que nosotros o ellos pueden ponerse en contacto con usted para recaudar fondos para el Health Center. Una vez que se ponen en contacto contigo, ya sea por escrito, por teléfono o por otros medios para nuestros fines de recaudación, usted tendrá la oportunidad de "opt-out" y no recibir más comunicaciones sobre recaudación relacionados con la campaña de recaudación o de recurso para el que se le pone en contacto, a menos que ya hemos enviado una comunicación antes de recibir la notificación de su elección a opt-out.
9. Usaremos su información médica para uso de la salud pública. Por ejemplo, es posible que demos su información médica para actividades de salud pública o como está autorizada por la ley. Por lo general, estas actividades incluyen los siguientes ejemplos:
 - para prevenir o controlar enfermedades, lesiones, o incapacidad;
 - para reportar nacimientos y muertes;
 - para reportar reacciones de medicinas o problemas con productos médicos a entidades reguladas bajo el Departamento de la FDA;
 - para notificar a las personas de productos que han sido removidos del mercado;
 - para avisar a alguna persona si ha estado expuesta a alguna enfermedad o que esté bajo el riesgo de ser contagiada o de transmitir a otros una enfermedad o condición;
 - para dar a conocer a las autoridades del gobierno si creemos que algún paciente ha sido víctima de abuso, negligencia, o violencia que resulte en daño físico y heridas;
 - Con permiso de un padre o guardián, enviar prueba de inmunizaciones a la escuela.
10. Podemos usar su información médica para uso de Compensación del Trabajador. Por ejemplo, nosotros podemos dar, como está autorizado por la ley, información médica suya a Compensación del Trabajador o programas similares. Estos programas proveen beneficios al trabajador que ha sufrido alguna enfermedad o lesión debido al trabajo.
11. Podemos usar su información médica para uso de alguna institución correccional. Por ejemplo, si Ud. está recluido en una institución correccional o está bajo la custodia de algún oficial de la ley, podemos entregar su información médica a tal institución o a tal oficial. La entrega de esta información es necesaria para que la institución correccional le provea el servicio médico adecuado, proteja su salud y seguridad o proteja la salud y seguridad de otros, o para la seguridad de la institución.
12. Podemos usar su información médica para uso del Departamenteo de Policía. Por ejemplo, es posible que entreguemos su información médica si un oficial de la Ley así los demanda:
 - en respuesta a una orden de la corte, citatorio, orden de arresto, o procesos similares;
 - para ayudar a identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona extraviada;
 - en relación con una víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias, no podemos obtener el consentimiento de tal víctima;
 - en relación con una conducta criminal dentro del health center;
 - para reportar un crimen, bajo circunstancias de emergencia, el lugar del crimen o las víctimas, o la identidad, descripción o lugar donde la persona cometió el crimen.Donde sea limitado por la ley Federal o Estatal, usaremos y daremos a conocer su información dentro de los límites de la ley.

13. Podemos usar su información médica para uso de procedimientos judiciales y administrativos. Por ejemplo, si Ud. está implicado en una demanda o una disputa, es posible que demos a conocer su información en respuesta a una orden administrativa o de la corte. También, existe la posibilidad de dar a conocer su información médica en respuesta a un citatorio, solicitud de producción de documentos o información, o algún otro proceso legal por alguien más que esté implicado en la disputa, pero solamente si se han hecho los esfuerzos necesarios para darle a saber de esta petición o para obtener una orden de la corte protegiendo la información solicitada.
14. Podemos usar su información médica para el uso de actividades relacionadas con descuidos médicos. Por ejemplo, posiblemente demos información a una agencia que se encarga de descuidos médicos la cual lleva a cabo actividades autorizadas por la ley. Esto incluye auditorías, investigaciones, inspecciones, y el asegurarse que todo esté funcionando bajo reglamento.
15. Podemos usar su información médica para prevenir una amenaza de peligro a otros. Solamente haremos esto si, en buena fe, creemos que es necesario prevenir o disminuir la amenaza (incluyendo la víctima) o si es necesario que las debidas autoridades identifiquen o aprehendan a un individuo involucrado en un crimen.
16. Podemos usar su información para actividades de seguridad nacional e inteligencia, como está autorizado por la ley, o para servicios de protección al presidente. Si Ud. es miembro del servicio militar, daremos su información bajo ciertas circunstancias a las autoridades militares.
17. Su información puede ser usada o divulgada en forma incidental mientras que recibe algún servicio aquí en el health center o al conducir nuestros asuntos de negocio. Por ejemplo, después de una cirugía, la enfermera o el doctor pueden usar su nombre para identificar a los miembros de su familia mientras que ellos esperan en la sala de espera. Puede que otras personas, estando en la misma sala de espera, escuchen que se menciona su nombre. Haremos todo lo posible para evitar estos incidentes.
18. Participamos en uno o más de intercambios de información sanitaria que nos permite intercambiar electrónicamente información médica acerca de usted con otros proveedores que participan (por ejemplo, los médicos y los hospitales) y los planes de salud y sus socios de negocio. Por ejemplo, es posible que un plan de salud que le asegura acceder electrónicamente a nuestros registros acerca de usted para verificar una reclamación de pago de los servicios que le ofrecemos. O, es posible permitir un médico tratante acceder electrónicamente nuestros registros con el fin de tener información actualizada con la finalidad de tratar te. Tal como se ha descrito anteriormente en este anuncio, la participación en un intercambio de información sanitaria también nos permite acceder electrónicamente información médica de otros proveedores que participan y los planes de salud para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica como se describe en este Aviso. Tenemos derecho en el futuro a permitir a otros, por ejemplo, los departamentos de salud pública que participan en el intercambio de información sanitaria, acceder a su información médica por medios electrónicos para fines permitidos en este Aviso.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Hay muchos usos y revelaciones que se hará sólo con su autorización por escrito. Entre estos se incluyen los siguientes:

- **Usos y divulgaciones que no se ha descrito anteriormente** – Nos servirán para obtener su autorización para el uso de la revelación de su información médica que no está descrito en los ejemplos anteriores.
- **Notas de Psicoterapia** - Estas son notas hechas por un profesional de la salud mental documentar las conversaciones durante las sesiones de asesoramiento privado o en conjuntos o terapia de grupo. Muchos de los usos y divulgaciones de notas sobre la psicoterapia requiere su autorización.
- **Marketing** - No vamos a utilizar o revelar su información médica para fines de marketing sin su autorización. Por otra parte, si nosotros vamos a recibir alguna remuneración económica de una tercera parte en relación de este marketing, te diremos en el formulario de autorización.
- **Venta de información médica** - No venderemos su información médica a otros sin su autorización. La autorización dirá que nosotros vamos a recibir remuneración en la transacción.

Si das la autorización, usted puede revocarla en cualquier momento si nos da aviso de acuerdo con nuestra política de autorización y las instrucciones en nuestro formulario de autorización. Su revocación no será efectiva en cuanto a los usos y divulgaciones en dependencia de su autorización previa.

PARA MAS INFORMACION O PARA REPORTAR ALGUNA CUESTION

Si Ud. tiene preguntas sobre esta notificación y desea tener información adicional, se puede comunicar con el Director de Privacidad del Lexington Regional Health Center al (308) 324-5651 or (800) 348-5677. Todas las quejas/peticiones deberán ser sometidas por escrito y enviadas al Director de Privacidad, PO Box 980, Lexington, NE 68850. Si Ud. cree que sus derechos de privacidad han sido violados y el health center no ha puesto atención a su caso, Ud. tiene el derecho de poner una queja a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos. No se tomarán represalias en contra suya por presentar su queja.

Versión #8

Fecha efectiva: 28 de Enero del 2020