

Rafael J. Perez, MD, LLC

NOTIFICACION DE PRIVACIDAD EN LAS PRACTICAS MÉDICAS

Esta notificación describe la forma en que su información médica personal puede ser utilizada y divulgada y como puede tener acceso a esta información. Por favor léala cuidadosamente.

Si tiene alguna pregunta al respecto por favor contacte a: _____

Esta Notificación de Privacidad en las Prácticas Médicas describe cómo podemos utilizar y divulgar su información médica personal para seguir un tratamiento, realizar un pago o actividades relacionadas con la salud y para otros propósitos permitidos o requeridos por la ley. También describe su derecho a tener acceso y control de su historia médica protegida. “Información médica protegida” es información sobre usted, incluyendo información demográfica para fines de identificación y aquella que se refiera a su estado o condición física o mental anterior, actual o futura y los servicios médicos relacionados.

Es nuestro deber cumplir con los términos de esta Notificación de Privacidad en las Prácticas Médicas, sin embargo, se podrán cambiar algunos términos en cualquier momento. La nueva notificación aplicará a toda la información de salud personal que se obtenga hasta el momento. Puede obtener una copia revisada de la Notificación de Privacidad en las Prácticas Médicas llamando a nuestras oficinas para que le sea enviada una copia por correo o solicitando una copia en su siguiente cita médica.

1. UTILIZACION Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL

Utilización y Divulgación de la Información Médica Personal basado en su autorización escrita.

Su médico le entregará una autorización para utilizar y divulgar su información personal para seguir un tratamiento, hacer un pago y cuidado de salud. Una vez firmada, el médico general, el personal de la oficina o cualquier individuo externo que tenga alguna relación con su servicio de salud y tratamiento, podrá hacer uso de la información con el fin de prestarle los servicios médicos necesarios, como se describe en la Sección 1. También podrá ser utilizada y divulgada para el pago de sus cuentas médicas y para respaldar las actividades de la práctica de su médico.

Sin entrar en detalle, a continuación citamos ejemplos de utilización y divulgación de su información médica que la práctica puede hacer una vez haya firmado la carta de autorización.

Tratamiento: Se utilizará y divulgará su información médica para proveer, coordinar o manejar el cuidado de su salud y cualquier otro servicio relacionado, incluyendo la coordinación o manejo de su servicio médico por un tercero previamente autorizado. Por ejemplo, si es necesario, se podrá transmitir a la agencia de servicios domiciliarios que le provee el cuidado. También se enviará la información a médicos a quienes haya sido referido con el fin de garantizar la información necesaria para dar un diagnóstico o tratamiento.

Adicionalmente, podemos divulgar su información a un médico o proveedor de cuidado de salud (por ejemplo un especialista o un laboratorio) quien esta familiarizado con su cuidado al proveer la asistencia con un diagnóstico o tratamiento por solicitud de su médico general.

Pago: En la medida en que sea necesario, su información médica será utilizada para la recolección de pagos por sus servicios de cuidado de salud, incluyendo ciertas actividades que el seguro pueda asumir antes de ser aprobadas o por pago de servicios médicos que han sido recomendados como: determinar el cubrimiento o si es idóneo para beneficiarse del seguro y evaluación de servicios provistos para su necesidad médica y realizar actividades de

evaluación de uso. Por ejemplo, obtener aprobación para una estadía en el hospital puede requerir que su información médica sea divulgada al plan médico para ser admitido al hospital.

Actividades relacionadas con la Salud: Podremos utilizar o divulgar su información médica con el fin de documentar las actividades que realice su médico. Entre estas se incluyen, sin limitarse, a la evaluación de calidad de actividades, evaluación del empleado, de estudiantes médicos o en entrenamiento, actividades para recoger fondos, mercadeo o licencias y manejar u organizar otras actividades corporativas.

Por ejemplo, se divulgará su información médica a estudiantes de medicina que traten pacientes en nuestras prácticas. Adicionalmente, utilizaremos una hoja de registro en la recepción, donde se le solicitará anotar su nombre y el de su médico. También se le llamará por su nombre en la sala de espera cuando el médico este listo para verlo y se utilizará su información para contactarlo y recordarle de su cita médica.

Compartiremos su información médica con “asociados” que realicen otras actividades relacionadas tales como cobro, servicios de transcripción. Cuando una actividad requiera de su información personal, se hará un contrato escrito con los términos para proteger su privacidad.

Utilizaremos o divulgaremos su información (como su nombre y dirección) para darle a conocer tratamientos alternos u otros beneficios en servicios de salud que le puedan interesar, para propósitos de mercadeo, para enviarle información sobre nuestra práctica médica y los servicios que ofrecemos. Puede solicitar a su contacto que no se le envíe esta clase de información.

Podremos utilizar o divulgar información demográfica y las fechas en la que recibió tratamientos médicos con el fin de contactarle para recolección de fondos organizados por la oficina. Si no desea recibir este material comuníquese a su contacto.

Utilización y Divulgación de información médica basada en su autorización escrita.

Otros usos y divulgaciones de su información médica se podrán hacer sólo con su autorización escrita excepto en circunstancias en que sea permitido o requerido por ley. Puede revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, excepto cuando su médico o consultorio médico hayan tomado acción basados en el uso o divulgación indicado en la autorización.

Otros Usos y Divulgaciones permitidos y requeridos que pueden hacerse con su consentimiento, autorización o negativa.

Podremos utilizar su información médica de la siguiente manera: Puede escoger estar de acuerdo o no con el uso parcial o total de su información. Si no está presente o puede comunicarnos su decisión sobre el uso o divulgación de la información, su médico, basado en su juicio profesional, determinará si la divulgación es en su mejor interés. En este caso solo se divulgará la información relevante.

Directorios de Servicios: Si no recibimos negativa de su parte utilizaremos y divulgaremos su nombre, centro donde recibe tratamiento, su condición (en términos generales) y su afiliación religiosa en nuestro directorio. Toda esta información, a excepción de afiliación religiosa, será divulgada a quienes la soliciten dando el nombre. Se le informará de su afiliación religiosa al clero.

Otros Relacionados con su cuidado médico: Si no se opone, le daremos la información médica directamente relacionada con el cuidado que le brinda esa persona a un miembro de su familia, un pariente, amigo cercano a cualquier persona que usted identifique. Si no puede autorizar o aprobar la información será suministrada a juicio nuestro. Se podrá divulgar la información para notificar un miembro de la familia, representante u otra persona que sea responsable por su cuidado, localización, condición general o fallecimiento. Finalmente a una entidad pública o privada autorizada para asistir en los esfuerzos de alivio de desastre o coordinar usos y divulgación a familia u otros individuos relacionados con su cuidado de salud.

Emergencias: Se utilizará o divulgará su información médica en una situación de tratamiento de urgencia. De suceder esto, su médico tratará de obtener su consentimiento inmediatamente después de recibir el tratamiento. Si su médico personal u otro requiere darle un tratamiento sin haber obtenido su consentimiento, el o ella podrá utilizar o divulgar su información para llevar a cabo el tratamiento.

Barreras de Comunicación: Se utilizará o divulgará su información médica en el caso en que su médico familiar u otro médico no pueda obtener consentimiento verbal por barreras en el lenguaje. Bajo estas circunstancias el médico, a juicio suyo, dará por aceptada su intención de acceder, utilizar o divulgar la información.

Otros Usos y Divulgaciones permitidos que pueden hacerse sin su consentimiento, autorización o negativa.

Se podrá utilizar o divulgar su información médica sin su consentimiento o autorización en las siguientes circunstancias:

Requerido por Ley: Dentro de lo permitido por ley, el uso o divulgación se hará de acuerdo con la ley y será limitada a lo requerido por esta. Se notificará de dichos usos o divulgaciones.

Salud Pública: Se podrá divulgar su información médica para actividades y fines de salud pública o una autoridad de salud pública que sea autorizada por ley para coleccionar o recibir información. Esto se hará con el propósito de controlar enfermedades, lesiones o invalidez. También a la autoridad de salud pública o a una agencia de gobierno extranjero que colabora con dicha autoridad.

Enfermedades Transmisibles: De ser permitido por la ley, se divulgará su información médica a la persona que haya sido expuesta a una enfermedad transmisible o pueda estar en riesgo de contraer o transmitir la enfermedad o condición.

Control de la Salud: Se podrá divulgar su información médica a una agencia de control de salud para actividades autorizadas por ley tales como auditorias, investigaciones o inspecciones. Las agencias de vigilancia que buscan información incluyen agencias del gobierno que supervisan el sistema de salud, programas de beneficio del gobierno, otros programas de regulación y leyes de derechos civiles.

Abuso o Negligencia: Se podrá divulgar su información a una agencia pública de salud autorizada por ley a recibir reportes de abuso o negligencia infantil. Adicionalmente si creemos que ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, a la entidad o agencia gubernamental autorizada a recibir dicha información de acuerdo con los requerimientos de las leyes federales y estatales aplicables.

Administración de Alimentos y Medicamentos: Se divulgará su información médica a la persona o compañía requerida por la Administración de Alimentos y Medicamentos para reportar eventualidades, defectos o problemas en productos, divergencias en productos biológicos y seguimiento a productos, para realizar devoluciones, reparaciones o reemplazos o seguimientos post mercadeo.

Procesos Legales: En el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo, en respuesta a una orden de corte o tribunal administrativo (limitado a la extensión autorizada por ley), como respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento y otro proceso legal.

Aplicaciones de la Ley: Se utilizará y divulgará su información médica siempre y cuando sean cumplidos los requerimientos legales aplicables. Estos propósitos incluyen: 1) procesos legales y otros requeridos por ley; 2) solicitud de información limitada para propósitos de identificación y localización; 3) relacionadas con víctimas de un crimen; 4) sospechas que el deceso ha ocurrido como resultado de una conducta criminal; 5) en el caso que el crimen ocurra en el consultorio médico y 6) emergencia médica (fuera del consultorio médico) y es probable que haya ocurrido algún crimen.

Médico Forense, Directores de Servicios Funerarios y Donación de Órganos: Se divulgará su información médica a un médico forense o examinador médico con propósitos de investigación, determinación de causa de fallecimiento o para que el Médico Forense o examinador médico puedan cumplir con otras obligaciones autorizadas por la ley. También se divulgará al Director de Servicios Funerarios para cumplir con sus labores o con antelación a un fallecimiento. Finalmente se divulgará para donación de órganos u ojos.

Investigación: Se divulgará su información a investigadores cuando el procedimiento haya sido aprobado por un comité de evaluación institucional que ha estudiado el proyecto y establecido los protocolos para asegurar su privacidad.

Actividad Criminal: De acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables, podemos divulgar su información si creemos que es necesario para prevenir o disminuir una amenaza seria o inminente a la salud o seguridad de una persona o del público. También se divulgará si es necesario que las autoridades legales identifiquen o aprendan a un individuo.

Actividad Militar y Seguridad Nacional: Cuando lo apliquen las condiciones apropiadas, podremos divulgar información de individuos que sean miembros de personal militar 1) por actividades que son necesarias para las autoridades militares; 2) con el propósito de determinar si es apto para recibir beneficios por parte del Departamento de Asuntos de Veteranos; 3) para autoridades militares extranjeras si es miembro de esas fuerzas militares. También se hará a oficiales federales autorizados para conducir actividades de seguridad nacional o inteligencia, incluyendo la provisión de servicios de protección al Presidente u otros legalmente autorizados.

Compensación a Trabajadores: Para cumplir con las leyes de compensación al trabajador y otros programas similares establecidos legalmente.

Recluso: Si se encuentra en una institución correccional y su médico ha iniciado o recibido la información en el curso de un tratamiento.

Usos y Divulgaciones Requeridas: De acuerdo a la ley, debemos informarle y cuando sea requerido por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar su cumplimiento con la Sección 164.500 et. Seq.

2. SUS DERECHOS

A continuación listamos sus derechos con respecto a su información médica y hacemos una breve descripción de la forma de hacer valer estos derechos.

Tiene derecho a revisar y copiar su información médica. Esto quiere decir que puede revisar y obtener una copia de la información médica que esté contenida en un registro determinados por el tiempo que tengamos ese registro. Una "serie de registro designado" contiene registros médicos y cobros y cualquier otra información que su médico y el consultorio utiliza para tomar decisiones que le afecten.

Bajo ley federal, sin embargo, no puede revisar o copiar los siguientes registros: notas psicoterapéuticas, información recopilada con anticipación a, o para utilizar en una acción o proceso civil, criminal o administrativo y información médica que esta sujeta a ley que prohíbe acceso a dicha información. Dependiendo de la circunstancia, una decisión para negar acceso puede ser evaluada. En algunos casos, puede tener derecho a que se revise esta decisión. Comuníquese con su contacto si tiene alguna pregunta sobre el acceso a su registro médico.

Tiene derecho a solicitar una restricción en su información. Esto quiere decir que puede solicitarnos no utilizar o divulgar cualquier parte de su historial médico para fines de tratamientos, pagos u operaciones de cuidados de salud. También puede solicitar que cualquier parte de su historial no sea divulgado a miembros de la familia o amigos que puedan estar relacionados con su cuidado o para propósitos de notificación de acuerdo a lo descrito en este Aviso de Privacidad. Su solicitud debe especificar la restricción y a quien debe aplicar.

Su médico no esta obligado a aceptar una restricción que usted solicite. Si el médico cree que es por su bienestar el permitir el uso o divulgación de su historial médico, esta no será restringida. Si su médico esta de acuerdo, no podremos utilizar o divulgar su historial médico en violación a tal restricción a no ser que sea necesario para proveer tratamiento de emergencia. Considerando esto, por favor discuta cualquier restricción que desee solicitar a su médico. Puede solicitarla hasta

Tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales por otros medios o a una dirección alterna. Cumpliremos con solicitudes razonables. También podremos condicionar esta solicitud requiriendo información sobre manejo de pagos o especificando una dirección alterna u otro método de contacto. No solicitaremos explicación. Favor hacerlo por escrito.

Puede solicitar que su médico haga rectificaciones a su información personal. Esto quiere decir que puede solicitar una corrección en el historial médico en una serie de registro designado por el tiempo que mantengamos esta información. En algunos casos podemos negarnos a su solicitud de rectificación. De ser así, tiene derecho a presentar una declaración de inconformidad con nosotros y podremos preparar una refutación a su declaración y daremos una copia de dicha refutación. Si tiene otras preguntas al respecto por favor comuníquese con su contacto

Tiene derecho a recibir un resumen de ciertas declaraciones que hayamos hecho de su historial médico, si se ha hecho alguna. Este derecho aplica a divulgaciones para fines diferentes a tratamientos, pagos o actividades relacionadas con la salud como esta descrito anteriormente. Excluye divulgaciones que le hayamos hecho, para directorios de servicios públicos, a miembros de la familia o amigos relacionados con su cuidado o con fines de notificación. Tiene derecho a recibir información específica relacionada con divulgaciones realizadas después de Abril 14 de 2003. Puede solicitar un marco de tiempo mas corto. El derecho a recibir esta información esta sujeto a ciertas excepciones, restricciones y limitaciones.

Al solicitarlo, **tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso,** aun si ha aceptado este aviso por medios electrónicos.

3. QUEJAS

Si cree que sus derechos a la privacidad han sido violados, puede presentarnos su inconformidad directamente o a la Secretaria de Salud y Servicios Humanos. Puede presentar una queja notificando a su contacto. No habrá represalias por presentar una queja.

Puede contactar a, _____ al (305) _____ para mayor información sobre el procedimiento de presentación de quejas.

Este aviso fue publicado y por consiguiente es valido a partir del 14 de Abril de 2003.

RAFAEL J. PEREZ, MD, LLC

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.

If you have any questions about this Notice please contact: our Privacy Contact who is Annie Perez

This Notice of Privacy Practices describes how we may use and disclose your protected health information to carry out treatment, payment or health care operations and for other purposes that are permitted or required by law. It also describes your rights to access and control your protected health information. "Protected health information" is information about you, including demographic information, that may identify you and that relates to your past, present or future physical or mental health or condition and related health care services.

We are required to abide by the terms of this Notice of Privacy Practices. We may change the terms of our notice, at any time. The new notice will be effective for all protected health information that we maintain at that time. Upon your request, we will provide you with any revised Notice of Privacy Practices by calling the office and requesting that a revised copy be sent to you in the mail or asking for one at the time of your next appointment.

1. USES AND DISCLOSURES OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

Uses and Disclosures of Protected Health Information

Your protected health information may be used and disclosed by your physician, our office staff and others outside of our office that are involved in your care and treatment for the purpose of providing health care services to you. Your protected health information may also be used and disclosed to pay your health care bills and to support the operation of the physician's practice.

Following are examples of the types of uses and disclosures of your protected health care information that the physician's office is permitted to make once you have signed our consent form. These examples are not meant to be exhaustive, but to describe the types of uses and disclosures that may be made by our office once you have provided consent.

Treatment: We will use and disclose your protected health information to provide, coordinate, or manage your health care and any related services. This includes the coordination or management of your health care with a third party that has already obtained your permission to have access to your protected health information. For example, we would disclose your protected health information, as necessary, to a home health agency that provides care to you. We will also disclose protected health information to other physicians who may be treating you when we have the necessary permission from you to disclose your protected health information. For example, your protected health information may be provided to a physician to whom you have been referred to ensure that the physician has the necessary information to diagnose or treat you.

In addition, we may disclose your protected health information from time-to-time to another physician or health care provider (e.g., a specialist or laboratory) who, at the request of your physician, becomes involved in your care by providing assistance with your health care diagnosis or treatment to your physician.

Payment: Your protected health information will be used, as needed, to obtain payment for your health care services. This may include certain activities that your health insurance plan may undertake before it approves or pays for the health care services we recommend for you such as; making a determination of eligibility or coverage for insurance benefits, reviewing services provided to you for medical necessity, and undertaking utilization review activities. For example, obtaining approval for a hospital stay may require that your relevant protected health information be disclosed to the health plan to obtain approval for the hospital admission.

Healthcare Operations: We may use or disclose, as-needed, your protected health information in order to support the business activities of your physician's practice. These activities include, but are not limited to, quality assessment activities, employee review activities, training of medical students, licensing, marketing and fundraising activities, and conducting or arranging for other business activities.

For example, we may disclose your protected health information to medical school students that see patients at our office. In addition, we may use a sign-in sheet at the registration desk where you will be asked to sign your name and indicate your physician. We may also call you by name in the waiting room when your physician is ready to see you. We may use or disclose your protected health information, as necessary, to contact you to remind you of your appointment.

We will share your protected health information with third party "business associates" that perform various activities (e.g., billing, transcription services) for the practice. Whenever an arrangement between our office and a business associate involves the use or disclosure of your protected health information, we will have a written contract that contains terms that will protect the privacy of your protected health information.

We may use or disclose your protected health information, as necessary, to provide you with information about treatment alternatives or other health-related benefits and services that may be of interest to you. We may also use and disclose your protected health information for other marketing activities. For example, your name and address may be used to send you a newsletter about our practice and the services we offer. We may also send you information about products or services that we believe may be beneficial to you. You may contact our Privacy Contact to request that these materials not be sent to you.

We may use or disclose your demographic information and the dates that you received treatment from your physician, as necessary, in order to contact you for fundraising activities supported by our office. If you do not want to receive these materials, please contact our Privacy Contact and request that these fundraising materials not be sent to you.

Uses and Disclosures of Protected Health Information Based upon Your Written Authorization

Other uses and disclosures of your protected health information will be made only with your written authorization, unless otherwise permitted or required by law as described below. You may revoke this authorization, at any time, in writing, except to the extent that your physician or the physician's practice has taken an action in reliance on the use or disclosure indicated in the authorization.

Other Permitted and Required Uses and Disclosures That May Be Made With Your Consent, Authorization or Opportunity to Object

We may use and disclose your protected health information in the following instances. You have the opportunity to agree or object to the use or disclosure of all or part of your protected health information. If you are not present or able to agree or object to the use or disclosure of the protected health information, then your physician may, using professional judgement, determine whether the disclosure is in your best interest. In this case, only the protected health information that is relevant to your health care will be disclosed.

Others Involved in Your Healthcare: Unless you object, we may disclose to a member of your family, a relative, a close friend or any other person you identify, your protected health information that directly relates to that person's involvement in your health care. If you are unable to agree or object to such a disclosure, we may disclose such information as necessary if we determine that it is in your best interest based on our professional judgment. We may use or disclose protected health information to notify or assist in notifying a family member, personal representative or any other person that is responsible for your care of your location, general condition or death. Finally, we may use or disclose your protected health information to an authorized public or private entity to assist in disaster relief efforts and to coordinate uses and disclosures to family or other individuals involved in your health care.

Emergencies: We may use or disclose your protected health information in an emergency treatment situation. If this happens, your physician shall try to obtain your consent as soon as reasonably practicable after the delivery of treatment. If your physician or another physician in the practice is required by law to treat you and the physician has

attempted to obtain your consent but is unable to obtain your consent, he or she may still use or disclose your protected health information to treat you.

Communication Barriers: We may use and disclose your protected health information if your physician or another physician in the practice attempts to obtain consent from you but is unable to do so due to substantial communication barriers and the physician determines, using professional judgement, that you intend to consent to use or disclosure under the circumstances.

Other Permitted and Required Uses and Disclosures That May Be Made Without Your Consent, Authorization or Opportunity to Object

We may use or disclose your protected health information in the following situations without your consent or authorization. These situations include:

Required By Law: We may use or disclose your protected health information to the extent that the use or disclosure is required by law. The use or disclosure will be made in compliance with the law and will be limited to the relevant requirements of the law. You will be notified, as required by law, of any such uses or disclosures.

Public Health: We may disclose your protected health information for public health activities and purposes to a public health authority that is permitted by law to collect or receive the information. The disclosure will be made for the purpose of controlling disease, injury or disability. We may also disclose your protected health information, if directed by the public health authority, to a foreign government agency that is collaborating with the public health authority.

Communicable Diseases: We may disclose your protected health information, if authorized by law, to a person who may have been exposed to a communicable disease or may otherwise be at risk of contracting or spreading the disease or condition.

Health Oversight: We may disclose protected health information to a health oversight agency for activities authorized by law, such as audits, investigations, and inspections. Oversight agencies seeking this information include government agencies that oversee the health care system, government benefit programs, other government regulatory programs and civil rights laws.

Abuse or Neglect: We may disclose your protected health information to a public health authority that is authorized by law to receive reports of child abuse or neglect. In addition, we may disclose your protected health information if we believe that you have been a victim of abuse, neglect or domestic violence to the governmental entity or agency authorized to receive such information. In this case, the disclosure will be made consistent with the requirements of applicable federal and state laws.

Food and Drug Administration: We may disclose your protected health information to a person or company required by the Food and Drug Administration to report adverse events, product defects or problems, biologic product deviations, track products; to enable product recalls; to make repairs or replacements, or to conduct post marketing surveillance, as required.

Legal Proceedings: We may disclose protected health information in the course of any judicial or administrative proceeding, in response to an order of a court or administrative tribunal (to the extent such disclosure is expressly authorized), in certain conditions in response to a subpoena, discovery request or other lawful process.

Law Enforcement: We may also disclose protected health information, so long as applicable legal requirements are met, for law enforcement purposes. These law enforcement purposes include (1) legal processes and otherwise required by law, (2) limited information requests for identification and location purposes, (3) pertaining to victims of a crime, (4) suspicion that death has occurred as a result of criminal conduct, (5) in the event that a crime occurs on the premises of the practice, and (6) medical emergency (not on the Practice's premises) and it is likely that a crime has occurred.

Coroners, Funeral Directors, and Organ Donation: We may disclose protected health information to a coroner or medical examiner for identification purposes, determining cause of death or for the coroner or medical examiner to perform other duties authorized by law. We may also disclose protected health information to a funeral director, as authorized by law, in order to permit the funeral director to carry out their duties. We may disclose such information in

reasonable anticipation of death. Protected health information may be used and disclosed for cadaveric organ, eye or tissue donation purposes.

Criminal Activity: Consistent with applicable federal and state laws, we may disclose your protected health information, if we believe that the use or disclosure is necessary to prevent or lessen a serious and imminent threat to the health or safety of a person or the public. We may also disclose protected health information if it is necessary for law enforcement authorities to identify or apprehend an individual.

Military Activity and National Security: When the appropriate conditions apply, we may use or disclose protected health information of individuals who are Armed Forces personnel (1) for activities deemed necessary by appropriate military command authorities; (2) for the purpose of a determination by the Department of Veterans Affairs of your eligibility for benefits, or (3) to foreign military authority if you are a member of that foreign military services. We may also disclose your protected health information to authorized federal officials for conducting national security and intelligence activities, including for the provision of protective services to the President or others legally authorized.

Workers' Compensation: Your protected health information may be disclosed by us as authorized to comply with workers' compensation laws and other similar legally-established programs.

Required Uses and Disclosures: Under the law, we must make disclosures to you and when required by the Secretary of the Department of Health and Human Services to investigate or determine our compliance with the requirements of Section 164.500 et. seq.

2. YOUR RIGHTS

Following is a statement of your rights with respect to your protected health information and a brief description of how you may exercise these rights.

You have the right to inspect and copy your protected health information. This means you may inspect and obtain a copy of protected health information about you that is contained in a designated record set for as long as we maintain the protected health information. A "designated record set" contains medical and billing records and any other records that your physician and the practice uses for making decisions about you.

Under federal law, however, you may not inspect or copy the following records; psychotherapy notes; information compiled in reasonable anticipation of, or use in, a civil, criminal, or administrative action or proceeding, and protected health information that is subject to law that prohibits access to protected health information. Depending on the circumstances, a decision to deny access may be reviewable. In some circumstances, you may have a right to have this decision reviewed. Please contact our Privacy Contact if you have questions about access to your medical record.

You have the right to request a restriction of your protected health information. This means you may ask us not to use or disclose any part of your protected health information for the purposes of treatment, payment or healthcare operations. You may also request that any part of your protected health information not be disclosed to family members or friends who may be involved in your care or for notification purposes as described in this Notice of Privacy Practices. Your request must state the specific restriction requested and to whom you want the restriction to apply.

Your physician is not required to agree to a restriction that you may request. If physician believes it is in your best interest to permit use and disclosure of your protected health information, your protected health information will not be restricted. If your physician does agree to the requested restriction, we may not use or disclose your protected health information in violation of that restriction unless it is needed to provide emergency treatment. With this in mind, please discuss any restriction you wish to request with your physician. You may request a restriction by listing it below:

You have the right to request to receive confidential communications from us by alternative means or at an alternative location. We will accommodate reasonable requests. We may also condition this accommodation by asking you for information as to how payment will be handled or specification of an alternative address or other method of

contact. We will not request an explanation from you as to the basis for the request. Please make this request in writing to our Privacy Contact.

You may have the right to have your physician amend your protected health information. This means you may request an amendment of protected health information about you in a designated record set for as long as we maintain this information. In certain cases, we may deny your request for an amendment. If we deny your request for amendment, you have the right to file a statement of disagreement with us and we may prepare a rebuttal to your statement and will provide you with a copy of any such rebuttal. Please contact our Privacy Contact to determine if you have questions about amending your medical record.

You have the right to receive an accounting of certain disclosures we have made, if any, of your protected health information. This right applies to disclosures for purposes other than treatment, payment or healthcare operations as described in this Notice of Privacy Practices. It excludes disclosures we may have made to you, for a facility directory, to family members or friends involved in your care, or for notification purposes. You have the right to receive specific information regarding these disclosures that occurred after April 14, 2003. You may request a shorter timeframe. The right to receive this information is subject to certain exceptions, restrictions and limitations.

You have the right to obtain a paper copy of this notice from us, upon request, even if you have agreed to accept this notice electronically.

3. COMPLAINTS

You may complain to us or to the Secretary of Health and Human Services if you believe your privacy rights have been violated by us. You may file a complaint with us by notifying our privacy contact of your complaint. We will not retaliate against you for filing a complaint.

You may contact our Privacy Contact, for further information about the complaint process.

This notice was published and becomes effective on **April 14, 2003.**