

Notice of Privacy Practices PBH

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 DO NOT UNDERSTAND ANY PORTION OF THE NOTICE, PLEASE ASK FOR CLARIFICATION.

Effective Date: June 1, 2010

Purpose of Privacy Notice:

The purpose of the “*Notice of Privacy Practices*” is to inform you about how your health information may be used within PBH as well as reasons why your health information could be sent to other service providers outside of the agency.

This Notice describes your rights in regards to the protection of your health information and how you may exercise those rights. The Notice also gives you the names of contacts should you have questions or comments about the policies and procedures PBH uses to protect the privacy of your health information.

Understanding Your Medical Record / Health Information

Each time you visit a healthcare provider; a record of your visit is made. Typically, this record contains your symptoms, assessment, diagnosis, treatment plan, and treatment recommendations. This health information, often referred to as your medical record, serves as a basis for planning your treatment and a means to communicate between service providers involved in your care. It also serves as a legal document that assures you and/or a third party payer that the services billed were provided. It can also be used as a source of data to assure that we are continuously monitoring the quality of services and measuring outcomes. Understanding what is in your medical record and how, when and why we use the information helps you make informed decisions when authorizing disclosure to others.

PBH will ensure that an internal mechanism is in place to protect oral, written and electronic PHI across the organization. PHI will be protected with safeguards to ensure that only staff with a need to know has access. Paper documents shall be protected to limit access based on minimum necessary requirements. This will include securing documents in locked cabinets to ensure they are accessible only to staff whose job responsibilities require them to have access. Documents containing PHI are filed in a secure location. Electronic information shall also be protected by an automated system that allows limited access as required by minimum necessary requirements. PBH protects PHI whenever records are removed from any location or when being transported from one location to another.

Our Responsibilities

We are required to protect the privacy of health information about you and that identifies you, which we call Protected Health Information (PHI), and provide you with a Notice of our legal duties and privacy practices associated with your health information. We must protect health information that we have created or received about your past, present, or future health condition, health care we provide to you, or payment for your health care. We are only allowed to use and disclose health information in the manner described in this Notice. We will provide you a paper copy of this Notice prior to or the first time you receive a service from us. We reserve the right to revise or change the terms of this Notice at any time and to make the new revisions effective for all health information we maintain. Whenever there are changes to this Notice we will inform you by:

- Posting the revised notice in our offices;
- Making copies of the revised Notice available upon request (either at our offices or through the Privacy Officer listed in this Notice); and
- Posting the revised Notice at our website – www.pbhsolutions.org

How We May Use and Disclose Health Information About You

1. To Provide Health Care Treatment

We may use and disclose health information about you to provide, coordinate, and/or manage your health care and related services. This may include communicating with other health care providers internally, or externally, regarding your treatment. For example, we may share health information about you when you need a prescription filled, or when we consult with another health care provider about your care, or to emergency treatment providers when you need emergency services.

2. To Obtain Payment for Services

Before providing treatment or services, we may share details with your health plan(s) and utilization management companies who authorize your services that you are scheduled to receive. This allows us to ask for approval or authorization before we provide the services. We will request that you sign a Financial Agreement or authorization, giving us permission to give health information to your insurance company so that we can bill and collect payment for the treatment and services provided to you. The information on or accompanying the bill may include information that identifies you as well as your diagnosis and treatment plan.

If you refuse to sign the Financial Agreement allowing us to release health information for the purpose of billing and receiving payment from your insurance company, you will be personally responsible for paying the same amount that your insurance company would have paid us for your services.

3. To Perform Business Health Care Operations

We may use and disclose health information in performing our business activities called “health care operations.” These health care operations allow us to improve the quality of care we provide and reduce health care costs. For example, we may share health information in the following health care operations:

- **Training programs** for students, health care providers, or non-health care professionals (any trainee) to help them practice or improve their skills, such as a medication training for nurses on how to give medications or a billing process training for billing clerks and assistants. Trainees are not allowed to release any information obtained from their training.
- **Internal Quality Review** to assess and evaluate the skills, qualifications, and performance of health care providers taking care of you. This may involve review of your health information by our Quality Improvement Staff or the Supervisor of your provider to assess the overall care provided and progress in treatment. This information will then be used in an effort to continually improve the quality and effectiveness of the services we provide.
- **External Quality Review** by cooperation and participation in evaluations of our health care providers, staff or facilities by outside organization to assess the quality of care we provide. We may share health information to a government agency, such as Medicare and Medicaid, or to a national accrediting organization, such as the Council on Accreditation.
- **Other Reviews** to assist various external individuals or internal staff who review our activities. For example, health information may be reviewed by accountants and lawyers who make certain that we comply with various laws; to appropriate staff to plan for the future, to determine the best way to limit costs, or to audit your file to make sure that no information about you was given to someone in a way that violates this Notice.
- To communicate with other Service Providers who have **Business Contracts** with PBH. These include therapeutic foster families, residential group homes, and community based service providers. When these services are contracted, we may disclose your health information to our business associates so that they can provide you services and bill you or your third-party payer for services rendered. To protect your health information, however, we require the business associate to appropriately safeguard your information.
- We may use your health information for **research purposes**. For example: We may disclose information to researchers but only when an Institutional Review Board has reviewed the research

- proposal and have approved their research. The researchers must have established protocols to ensure the privacy of your health information.
- To non-professional staff who **need to know** your health information to perform their duties.
- To remind you about an **appointment** you have for treatment or medical care.

Additional Use and Disclosure of Health Information without your Authorization

State and Federal laws **require or allow** that we share your health information with others in specific situations in which you do not have to give consent, authorize or have the opportunity to agree or object to the use and disclosure. Prior to disclosing your health information, we will evaluate each request to ensure that only necessary information will be disclosed. These situations include, but are not limited to the following.

A. When receiving substance abuse services, Federal law **allows** disclosure in the following situations:

- To report abuse, neglect or domestic violence,
- To respond to a court order and subpoena,
- To qualified personnel for research, audit, and program evaluation,
- To a health care provider who is providing emergency medical services,
- If we believe that you are likely to commit a crime at the program or against program personnel,
- For the purpose of internal communications, as outlined above, and
- To qualified service organization agencies when appropriate. (These agencies agree to abide by the Federal law.)

B. When receiving services other than substance abuse, State law requires disclosure in specific situations that include, but are not limited to:

- To report certain type of wounds or other physical injuries,
- To report a communicable disease or risk of contracting or spreading a disease or condition,
- To response to a court order and subpoena,
- To report suspected child abuse / neglect or disabled adult abuse / neglect,
- Upon request of the next of kin or other family member or designee who has a legitimate role in therapeutic services offered or other person designated by the consumer/legally responsible person, the responsible treatment provider shall release the following information **after the consumer is notified that the request has been made:**

1. notification of the consumer's admission to this agency,
2. transfer to another facility,
3. decision to leave this agency against medical advice,
4. discharge from this agency, and
5. referral and appointment information after discharge.
6. To PBH's attorney,
7. For the purpose of filing a petition for involuntary commitment or adjudication of incompetency,
8. To the extent necessary to fulfill responsibilities when a consumer is examined or committed for outpatient treatment,
9. When there is imminent danger to the health or safety of the consumer or another individual; or when there is likelihood of the commission of a felony or violent misdemeanor.

C. When participating in NC-TOPPS Assessments – Confidentiality of consumer-identifying information is protected under Federal regulations 42 CFR Part 2 and HIPAA, 45 CFR Parts 160 and 164. NC-TOPPS falls under the audit or evaluation exception of these laws. Consumer identifying information may be disclosed without consumer consent to the DMH/DD/SAS and to its authorized evaluation contractors under the audit and evaluation exception. The DMH/DD/SAS or its NC-TOPPS evaluation contractors may re disclose any individual consumer-identifying information only to the designated provider facility and to the consumer's assigned LME for which this information has been submitted.

Your Rights

1. Your health information will not be disclosed without your authorization unless required by State and Federal law regulations.
2. Although your health information is the physical property of PBH, the information belongs to you. You have the right to request, in writing, certain uses and disclosures of your health information.
3. If you sign a written authorization allowing us to use and disclose your health information in a specific situation other than this Notice, you may, at any time, revoke or cancel your authorization in writing, and we will stop any use and disclosure of your health information which would occur after we receive your written cancellation. But we cannot cancel any disclosures that were made before we received your written cancellation.
4. You may request restrictions on the use and disclosure of your health information outlined in this Notice, however, we are not required to comply with your request. To request a restriction, you must make your request in writing to the privacy officer at the address below. In your request, you must tell us what information you want to limit and to whom the limits apply.
5. You have the right to request, in writing, to review and receive copies of your health information. There may be a charge for making copies of your requested health information. There are certain situations where we will be unable to grant your request to review records.
6. You have the right to request, in writing, to amend existing information that is part of your health information. To request an amendment, your request must be in writing to the privacy officer at the address below. Please provide a reason that supports your request to amend your information. There are certain situations where we will be unable to grant your request to amend the health information. You will be notified in writing if this occurs.
7. You have the right to request, in writing, a list of disclosures we have made regarding your health information. To request an accounting of disclosures, you must submit your request in writing to the privacy officer at the address below. Your request must state a time period for the records requested. Your first request for a list will be provided to you free of charge. However, if you request a list of disclosures more than once in a 12 month period, you may be charged a reasonable fee. We will inform you of the cost incurred and you may choose to withdraw or modify your request at that time, before any costs are incurred. There are certain exceptions that apply.
8. You have a right to request, in writing, to be contacted at a different address or phone number or other appropriate ways about your health information or bills. We will grant your request if reasonable.
9. You have the right to receive a copy of the PBH "Notice of Privacy Practices." You may request a copy by calling 1-800-939-5911.

How To Complain About Our Privacy Practices

If you believe your privacy rights have been violated or if you are dissatisfied with our privacy policies or procedures; or if you have questions and would like additional information, you may write or call our Privacy Officer at:

Privacy Officer, 457 Lake Concord Road, Concord, NC, 28025
Phone 704-721-2700.

You may also file a written complaint, by mail or fax, to the Secretary of the Department of Health and Human Services (DHHS) at:

Office for Civil Rights	
U.S. Department of Health and Human Services	404-562-7886
61 Forsyth Street, SW – Suite 3B70	404-331-2867 (TDD)
Atlanta, GA. 30323	404-562-7881 (FAX)

- The complaint to the Secretary must be filed in writing, either on paper or electronically.

- The complaint must include the name “PBH”, and describe the acts or omissions believed to be in violation of the Privacy Rules.
- The complaint must be filed within 180 days of when you knew or should have known that the act or omission occurred.
- We will provide you with assistance and/or a form to file the complaint.

If you file a complaint with our Privacy Officer or the Secretary of DHHS, we will not take any action against you or change our treatment of you in any way.

PBH History of Notice of Privacy Practices:

April 14, 2003 (HIPAA)

Revised – June 23, 2005 (added updates)

Revised – August 29, 2005 (added NC-TOPPS)

Revised - May 1, 2008 (added updates per NCQA)

Revised - June 1, 2010 (Privacy Officer Change/reflect American Recovery and Reinvestment Act updates)

Aviso sobre los métodos usados para proteger su privacidad PBH

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA SE PUEDE USAR Y COMPARTIR Y CÓMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISE ESTE AVISO CON DETENIMIENTO. SI NO ENTIENDE CUALQUIER PARTE DEL AVISO, POR FAVOR PIDA UNA CLARIFICACIÓN.

Fecha de inicio: 1 de julio del 2008

El propósito de este aviso de privacidad:

El propósito de este “*Aviso de los métodos usados para proteger su privacidad*” es para informarle de cómo la información sobre el estado de su salud puede ser usada dentro de PBH y de las razones porqué su información médica podría ser enviada a otros proveedores de servicio fuera de la agencia.

Este Aviso describe sus derechos en cuanto a la protección de su expediente médico y cómo usted puede ejercer esos derechos. Este Aviso también le da las personas que debe llamar si tiene preguntas o comentarios sobre los métodos y procedimientos que PBH usa para proteger la privacidad de su historial clínico.

Como comprender su expediente médico / la información del estado de su salud

Cada vez que visita a un proveedor de servicios médicos; queda registrada su visita. Normalmente, este registro contiene sus síntomas, la evaluación, el diagnóstico, el plan de tratamiento, y las recomendaciones para el tratamiento. Esta información clínica, a menudo llamado expediente médico, sirve de base para planificar su tratamiento y también como un método de comunicación entre los proveedores de servicio que están colaborando en su tratamiento. Además, sirve como un documento legal que le asegura a usted, y/o al interesado responsable de hacer el pago, que los servicios en la factura fueron actualmente suministrados. Asimismo, se puede utilizar como una fuente de datos para asegurar que estamos continuamente controlando la calidad de nuestros servicios y midiendo los resultados. El entender lo que está en su expediente médico y cómo, cuándo y porqué usamos la información, le ayudará a hacer una decisión educada cuándo autoriza compartir esta información con otros.

PBH se asegura de tener un método interno para proteger a través de la organización su Información Médica Protegida (en inglés, Protected Health Information - PHI por sus siglas en inglés) oral, escrita y en computadora. Su PHI se protege con garantías que le dan acceso solo a los empleados que necesitan saber la información. Los documentos en papel son protegidos para limitar acceso basado en el mínimo de los requisitos necesarios. Esto incluye guardar los documentos dentro de un archivo cerrado con llave para asegurar que le son accesibles solo a los empleados que tienen responsabilidades de trabajo que les requieren acceso. Los documentos que tienen PHI se guardan en un lugar seguro. La información en computadora es también protegida por un sistema automático que permite acceso limitado como se requiere por el mínimo de los requisitos necesarios. PBH protege su PHI en la ocasión de retirar datos de un lugar o cuando se mueven de un lugar a otro.

Las responsabilidades de PBH

Se nos requiere proteger la privacidad de su Información Médica Protegida (en inglés, Protected Health Information – PHI) que incluye su información médica y cualquier otros datos que lo puedan identificar. También se nos requiere el darle una notificación de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad asociadas con su historial médico. Debemos de proteger la información sobre su salud que hemos creado o hemos recibido sobre su condición médica pasada, presente, o futura, del cuidado médico que le proporcionamos, o del pago de su cuidado médico. Sólo se nos permite usar y revelar dicha información médica en la manera que se describe en este Aviso. Le daremos una copia de papel de este Aviso antes de o en la primera ocasión que reciba algún servicio nuestro. Nos reservamos el derecho a revisar o cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento y a hacer estas nuevas revisiones efectivas para toda la información médica que mantenemos. Cada vez que se le hace cambios a este Aviso, le informaremos por:

- Colocar el Aviso modificado en nuestras oficinas;

- Tener disponibles copias del Aviso modificado si se solicitan (en nuestras oficinas o a través del Funcionario de Privacidad nombrado en este Aviso); y
- Poner el Aviso modificado en nuestro sitio de Web – www.pbhsolutions.org

Cómo y cuándo podemos usar su información médica o compartirla con otros

1. Para proporcionarle tratamiento médico

Podemos usar y compartir la información médica relacionada con su persona para proporcionar, coordinar, y/o administrarle cuidado médico y servicios relacionados. Esto puede incluir comunicaciones acerca de su tratamiento con otros proveedores de servicios médicos dentro o fuera de nuestra agencia. Por ejemplo, podemos compartir la información médica relacionada con su persona cuándo necesita que le llenen una prescripción, o cuándo consultamos con otro proveedor de servicios médicos acerca de su cuidado médico, o con los proveedores de tratamientos de emergencia cuando necesita los servicios de emergencia.

2. Para obtener pago por servicios

Antes de proporcionar el tratamiento o los servicios, es posible que compartamos detalles con su(s) plan(es) de seguro(s) médico(s) y compañías de administración de utilización que autorizan los servicios que usted está programado para recibir. Esto nos permite pedir la aprobación o la autorización antes de proporcionar los servicios. Le pediremos que firme un acuerdo financiero o autorización, que nos da permiso a compartir la información médica con su compañía de seguro para que podamos enviarles la factura y recaudar el pago por el tratamiento y los servicios que le fueron proporcionados. La información en o acompañando la factura puede incluir información que lo identifica junto con su diagnóstico y su plan de tratamiento.

Si usted se rehúsa a firmar el acuerdo financiero que nos permite compartir la información médica con el propósito de facturar y recaudar el pago de su compañía de seguro, usted se hace personalmente responsable por pagar la misma cantidad que su compañía de seguro nos hubiera pagado por los servicios.

3. Para efectuar las operaciones administrativas del cuidado de su salud

Puede ser que usemos y compartamos la información sobre su salud al efectuar nuestras operaciones administrativas llamadas “operaciones del cuidado de la salud.” Estas operaciones del cuidado de la salud nos permiten mejorar la calidad de la atención que proporcionamos y reducir los costos médicos. Por ejemplo, es posible que compartamos información médica en las siguientes operaciones en el cuidado de su salud:

- **Los programas de instrucción** para estudiantes, proveedores de servicios médicos, o profesionales (o aprendices) que suministran cuidados no relacionados con la medicina para ayudarles a practicar o a mejorar sus habilidades, como la instrucción para enfermeras en cómo proporcionar medicinas o una clase sobre el proceso de facturación para los contables y ayudantes. No se les permite a las personas que reciben esta educación compartir la información obtenida en el cursillo de capacitación.
- **La revisión interna de la calidad** para probar y evaluar las habilidades, calificaciones y acciones de los proveedores de su tratamiento médico que están cuidando de usted. Esto puede incluir la revisión de su información médica por el Personal en el departamento para la Mejora de la Calidad o por el Supervisor de su proveedor para evaluar el cuidado total que se proporciona y el progreso del tratamiento. Entonces, esta información se usará en el esfuerzo de mejorar constantemente la calidad y la eficacia de los servicios que proporcionamos.
- **La revisión externa de la calidad** mediante la cooperación y la participación en las evaluaciones de nuestros proveedores del cuidado de salud, empleados o instalaciones por organizaciones fuera de nuestra agencia que evalúan la calidad del cuidado que proporcionamos. Podemos compartir la información médica con una agencia gubernamental, como Medicare y Medicaid, o con una organización nacional que imparte acreditación como el Concilio de Acreditación.
- **Otras revisiones** para ayudar a varias personas externas o al personal interno que revisan nuestras actividades. Por ejemplo, su información médica puede ser revisada por los contables y los abogados que se aseguran que cumplimos con varias leyes; o también por personal apropiado para planificar para el

futuro, para determinar la mejor forma de limitar los costos, o para hacer una auditoría de su historial para asegurar que ningún tipo de información sobre usted se ha compartido con alguien de modo que viola este Aviso.

- Para comunicarse con otros Proveedores de Servicio que tienen **Contratos Laborales** con PBH. Estos incluyen las familias de acogida de terapia, hogares tipo residencia para grupos, y proveedores de servicios basados en la comunidad. Cuando se contratan estas funciones, puede que compartamos la información sobre su salud con nuestros colaboradores de servicios para que puedan proporcionarle los servicios y le puedan cobrar a usted o a un pagador de tercera parte por los servicios prestados. Sin embargo, para proteger su información médica, le requerimos a los colaboradores de servicios que guarden su información apropiadamente.
- Puede que usemos su información médica para los **propósitos de investigación**. Por ejemplo: podemos compartir información con los investigadores pero sólo cuando un Consejo de Revisión Institucional ha revisado la propuesta de la investigación y ha aprobado la investigación. Los investigadores deben tener protocolos establecidos para asegurar la privacidad de la información sobre su salud.
- Para el personal no profesional que **necesita saber** la información sobre su salud para realizar sus obligaciones.
- Para recordarle de una **cita** que tiene para su tratamiento o cuidado médico.

Uso adicional de su información médica y cuando podemos compartirla sin su autorización

Las leyes estatales y federales **requieren o permiten** que compartamos la información sobre su salud con otros en situaciones específicas en las cuales usted no tiene que dar su consentimiento o su autorización, o en las cuales usted no tiene la oportunidad de estar de acuerdo u objetar del uso o revelación de su información. Antes de revelar la información sobre su salud, evaluaremos cada solicitud para asegurar que solo se compartirá la información necesaria. Estas situaciones incluyen pero no se limitan a las siguientes:

- A. Cuando recibe servicios para los problemas de drogas o alcohol, la ley federal **permite** que se comparta información en las siguientes situaciones:
- Para informar sobre situaciones de abuso, de abandono o de violencia doméstica,
 - Para responder a una orden o una citación judicial,
 - Al personal calificado para investigación, auditoría, y evaluación de un programa,
 - A los proveedores de servicios de salud que están proporcionando servicios de emergencia médica,
 - Si creemos que existe la posibilidad de que usted pueda cometer algún tipo de delito en el programa o contra algún miembro del personal del programa,
 - Para el propósito de las comunicaciones internas, tal como se describen arriba, y
 - A las agencias calificadas que organizan los servicios cuando es apropiado. (Estas agencias están de acuerdo de cumplir con la ley federal).
- B. Cuando recibe servicios que no son para el abuso de alcohol o drogas, la ley estatal **requiere** que se comparta información en las siguientes situaciones específicas que incluyen, pero no se limitan a:
- Para informar sobre cierto tipo de heridas u otras lesiones físicas,
 - Para informar sobre una enfermedad contagiosa o el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o una condición,
 - Para responder a una orden o citación judicial,
 - Para reportar el posible abuso/abandono de menores o el posible abuso/abandono de adultos discapacitados,
 - Por la solicitud de un pariente o algún miembro de la familia que tiene un papel legítimo en los servicios de la terapia ofrecida u otra persona designada por el consumidor/la persona con responsabilidad legal, el proveedor responsable del tratamiento compartirá la siguiente información **después de notificar al consumidor que tal solicitud se ha hecho**:
 1. notificación de la admisión del consumidor a la agencia,
 2. notificación del traslado del consumidor a otro centro,

3. notificación de la decisión del consumidor de dejar la agencia en contra del consejo médico,
 4. notificación que la agencia le dio de alta al consumidor
 5. información sobre referencias y citas hechas para el consumidor después de la alta médica.
 6. con el abogado de PBH
 7. para el propósito de presentar una petición para el ingreso involuntario o la disposición de incompetencia
 8. hasta el punto que sea necesario para realizar las responsabilidades cuando un consumidor es examinado o ingresado para el tratamiento ambulatorio.
 9. cuándo existe un peligro inminente a la salud o a la seguridad del consumidor o de otro individuo; o cuándo hay la posibilidad de cometerse un delito o una infracción violenta.
- C. Cuándo se participa en evaluaciones de NC-TOPPS (un sistema basado en la web para reunir datos sobre los resultados y el rendimiento de los servicios de salud mental y de abuso de alcohol/drogas) – La confidencialidad de la información que puede identificar al consumidor es protegida bajo las regulaciones Federales de 42 CFR Parte 2 y HIPAA Partes 160 y 164. NC-TOPPS cae bajo las excepciones de auditoría y de evaluación de estas leyes. La información que puede identificar al consumidor puede ser compartida sin el consentimiento del consumidor al Departamento del estado de Carolina del Norte de Servicios de Salud Mental, Discapacidades de Desarrollo y Abuso de Alcohol/Drogas (DMH/DD/SAS por sus siglas en inglés) y a sus contratistas de evaluación autorizados bajo las excepciones de auditoría y de evaluación. El DMH/DD/SAS o sus contratistas de evaluación de NC-TOPPS pueden re-compartir cualquier información individual que identifica al consumidor solamente a la instalación del proveedor designado y al LME (Local Management Entity – Entidad Local de Administración) asignado al consumidor para la cual esta información ha sido sometida.

Sus derechos

1. La información sobre su salud no será compartida sin su autorización al menos que sea requerido por las regulaciones de las leyes estatales y federales.
2. Aunque la información sobre su salud es propiedad física de PBH, la información le pertenece a usted. Usted tiene el derecho a solicitar, por escrito, ciertos usos y revelaciones de su historial médico.
3. Si firma una autorización por escrito que nos permite usar y compartir la información sobre su salud en una situación específica en adición a las que se incluyen en este Aviso, usted puede, en cualquier momento, renunciar o cancelar su autorización por escrito, y detendremos cualquier uso o revelación de la información sobre su salud que puede ocurrir después de recibir su cancelación por escrito. Pero no podemos cancelar cualquier revelación que se hizo antes de recibir su cancelación por escrito.
4. Usted puede solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de la información de salud que se indica en este Aviso, sin embargo, no estamos obligados a cumplir con su solicitud. Para solicitar una restricción, usted debe hacer su solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad a la dirección que se encuentra en la próxima página. En su solicitud, nos tiene que decir que información desea limitar y para cuales personas desea aplicar esos límites.
5. Usted tiene el derecho de solicitar, por escrito, para recibir y revisar copias de su información de salud. Puede haber un costo para copiar la información que pidió sobre su salud. Existen ciertas situaciones en las que no podemos concederle su solicitud para revisar sus registros.
6. Usted tiene el derecho de solicitar, por escrito, para modificar la información existente que es parte de su información de salud. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe ser por escrito al Funcionario de Privacidad a la dirección que se encuentra en esta página. Por favor proporcione una razón que apoye su solicitud para modificar su información. Existen ciertas situaciones en las que no podemos concederle su solicitud para modificar su información de salud. Usted será notificado por escrito si esto ocurre.

7. Usted tiene el derecho de solicitar, por escrito, una lista de las revelaciones que hemos hecho con respecto a su información de salud. Para solicitar una contabilidad de revelaciones, usted debe presentar una solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad a la dirección que se encuentra en esta página. Su solicitud debe indicar un período de tiempo para los registros solicitados. Su primera solicitud de una lista se le proporcionará de forma gratuita. Sin embargo, si usted solicita una lista de revelaciones más de una vez en un período de 12 meses, se le podría cobrar una suma razonable. Le informaremos del costo y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir cualquier costo. Existen ciertas excepciones que se aplican.
8. Usted tiene el derecho de solicitar, por escrito, a que se le contacte a otra dirección o número de teléfono o por otros medios adecuados acerca de las facturas o de su información de salud. Le concederemos esta solicitud si es razonable.
9. Usted tiene el derecho de recibir una copia del “Aviso de Prácticas para Proteger la Privacidad” de PBH. Para pedir una copia puede llamar al 1-800-939-5911.

Cómo protestar sobre nuestras prácticas para proteger su privacidad

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados o si usted no está satisfecho con nuestras regulaciones o procedimientos sobre la privacidad; o si tiene alguna pregunta y desea información adicional, puede escribir o llamar a nuestro Funcionario de Privacidad (Privacy Officer en inglés) al:

Privacy Officer, 457 Lake Concord Road, Concord, NC 28025
Teléfono: 704-721-2700.

También puede presentar una queja por escrito y enviarlo por correo o por fax, a la Secretaria del Departamento de la Salud y Servicios Humanos (en inglés – Secretary of the Department of Health and Human Services - DHHS) a la dirección:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
61 Forsyth Street, SW – Suite 3B70
Atlanta, GA 30323
404-562-7886
404-331-2867 (TDD)
404-562-7881 (FAX)

- La denuncia a la Secretaria deberá presentarse por escrito ya sea en papel o por vía electrónica.
- La queja debe incluir el nombre “PBH”, y describir los actos o las omisiones que usted cree que están en violación de las Reglas de Privacidad.
- La queja debe ser presentada dentro de los 180 días de cuando usted supo o debería haber conocido que tal acto u omisión tuvo lugar.
- Le proporcionaremos ayuda y/o una solicitud para presentar su descontento.

Si usted presenta un descontento con nuestro Funcionario de Privacidad o con la Secretaria del DHHS, nosotros no tomaremos ninguna clase de acción contra usted ni cambiaremos nuestro tratamiento hacia usted de cualquier manera.

Historia del Aviso de PBH de Prácticas para Proteger la Privacidad:

14 de abril del 2003, HIPAA

Revisado – 23 de junio del 2005 (se añadieron unas actualizaciones)

Revisado – 29 de agosto del 2005 (añadió NC-TOPPS)

Revisado – 1 de mayo del 2008 (se añadieron unas actualizaciones requeridas por NCQA)