

## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

### DOCTORS CARE

Heather Hoff, Privacy Officer

Effective Date: 03/07/2018

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 understand the importance of privacy and are committed to maintaining the confidentiality of your medical information. We make a record of the medical care we provide and may receive such records from others. We use these records to provide or enable other health care providers to provide quality medical care, to obtain payment for services provided to you as allowed by your health plan and to enable us to meet our professional and legal obligations to operate this medical practice properly. We are required by law to maintain the privacy of protected health information, to provide individuals with notice of our legal duties and privacy practices with respect to protected health information, and to notify affected individuals following a breach of unsecured protected health information. This notice describes how we may use and disclose your medical information. It also describes your rights and our legal obligations with respect to your medical information. If you have any questions about this Notice, please contact our Privacy Officer listed above.*

#### **A. How This Medical Practice May Use or Disclose Your Health Information**

This medical practice collects health information about you and stores it in a chart and on a computer and in an electronic health record/personal health record. This is your medical record. The medical record is the property of this medical practice, but the information in the medical record belongs to you.

We use health information about you to provide your medical/behavioral health and dental care. We disclose medical/behavioral health/dental information to our employees and others who are involved in providing the care you need. For example, we may share your medical information with other physicians or other medical, behavioral or dental health providers who will provide services that we do not provide by referring you or consultation with these other health care providers. Doctors Care participates in an Organized Health Care Arrangement (OHCA) with AllHealth Network (Arapahoe Douglas Mental Health Network) and may share information with members of the OHCA. The behavioral health provider at Doctors Care may be an employee of AllHealth Network (Arapahoe Douglas Mental Health Network).

The law permits us to use or disclose your health information for the following purposes:

1. Medical/behavioral health/dental information would include clinical notes; treatment plans or radiographs. Or we may share this information with a pharmacist who needs it to dispense a prescription to you, or a laboratory that performs a test. We may also disclose medical information to members of your family or others who can help you when you are sick or injured, or after you die.
2. Payment. We use and disclose medical information about you to obtain payment for the services we provide. For example, we give your health plan the information it requires before it will pay us. We may also disclose information to other health care providers to assist them in obtaining payment for services they have provided to you.
3. Health Care Operations. We may use and disclose medical information about you to operate this medical practice. For example, we may use and disclose this information to review and improve the quality of care we provide, or the competence and qualifications of our professional staff. Or we may use and disclose this information to get your health plan to authorize services or referrals. We may also use and disclose this information as necessary for medical reviews, legal services and audits, including fraud and abuse detection and compliance programs and business planning and management. We may also share your medical information with our "business associates," such as our billing service, that perform administrative services for us. We have a written contract with each of these business associates that contains terms requiring them and their subcontractors to protect the confidentiality and security of your medical information. We may also share your information with other health care providers, health care

clearinghouses or health plans that have a relationship with you, when they request this information to help them with their quality assessment and improvement activities, their patient-safety activities, their population-based efforts to improve health or reduce health care costs, their protocol development, case management or care-coordination activities, their review of competence, qualifications and performance of health care professionals, their training programs, their accreditation, certification or licensing activities, or their health care fraud and abuse detection and compliance efforts. We may also share medical information about you with the other health care providers, health care clearinghouses and health plans that participate with us in "organized health care arrangements" (OHCAs) for any of the OHCAs' health care operations. OHCAs include hospitals, physician organizations, health plans, and other entities which collectively provide health care services. A listing of the OHCAs we participate in is available from the Privacy Official.

4. Appointment/Other Reminders. We may use and disclose medical information to contact and remind you about appointments or health care issues. If you are not home, we may leave this information on your answering machine, email, text or in a message left with the person answering the phone.
5. Sign In Sheet. We may use and disclose medical information about you by having you sign in when you arrive at our office. We may also call out your name when we are ready to see you.
6. Notification and Communication with Family. We may disclose your health information to notify or assist in notifying a family member, your personal representative or another person responsible for your care about your location, your general condition or, unless you had instructed us otherwise, in the event of your death. In the event of a disaster, we may disclose information to a relief organization so that they may coordinate these notification efforts. We may also disclose information to someone who is involved with your care or helps pay for your care. If you are able and available to agree or object, we will give you the opportunity to object prior to making these disclosures, although we may disclose this information in a disaster even over your objection if we believe it is necessary to respond to the emergency circumstances. If you are unable or unavailable to agree or object, our health professionals will use their best judgment in communication with your family and others.
7. Marketing. Provided we do not receive any payment for making these communications, we may contact you to give you information about products or services related to your treatment, case management or care coordination, or to direct or recommend other treatments, therapies, health care providers or settings of care that may be of interest to you. We may similarly describe products or services provided by this practice and tell you which health plans this practice participates in. We may also encourage you to maintain a healthy lifestyle and get recommended tests, recommend that you participate in a disease management program, provide you with small gifts, tell you about government sponsored health programs or encourage you to purchase a product or service when we see you, for which we may be paid. Finally, we may receive compensation which covers our cost of reminding you to take and refill your medication, or otherwise communicate about a drug or biologic that is currently prescribed for you. We will not otherwise use or disclose your medical information for marketing purposes or accept any payment for other marketing communications without your prior written authorization. The authorization will disclose whether we receive any compensation for any marketing activity you authorize, and we will stop any future marketing activity to the extent you revoke that authorization.
8. Sale of Health Information. We will not sell your health information without your prior written authorization. The authorization will disclose that we will receive compensation for your health information if you authorize us to sell it, and we will stop any future sales of your information to the extent that you revoke that authorization.
9. Required by Law. As required by law, we will use and disclose your health information, but we will limit our use or disclosure to the relevant requirements of the law. When the law requires us to report abuse, neglect or domestic violence, or respond to judicial or administrative proceedings, or to law enforcement officials, we will further comply with the requirement set forth below concerning those activities.

10. Public Health. We may, and are sometimes required by law to disclose your health information to public health authorities for purposes related to: preventing or controlling disease, injury or disability; reporting child, elder or dependent adult abuse or neglect; reporting domestic violence; reporting to the Food and Drug Administration problems with products and reactions to medications; and reporting disease or infection exposure. When we report suspected elder or dependent adult abuse or domestic violence, we will inform you or your personal representative promptly unless in our best professional judgment, we believe the notification would place you at risk of serious harm or would require informing a personal representative we believe is responsible for the abuse or harm.
11. Health Oversight Activities. We may, and are sometimes required by law to disclose your health information to health oversight agencies during the course of audits, investigations, inspections, licensure and other proceedings, subject to the limitations imposed by law.
12. Judicial and Administrative Proceedings. We may, and are sometimes required by law, to disclose your health information in the course of any administrative or judicial proceeding to the extent expressly authorized by a court or administrative order. We may also disclose information about you in response to a subpoena, discovery request or other lawful process if reasonable efforts have been made to notify you of the request and you have not objected, or if your objections have been resolved by a court or administrative order.
13. Law Enforcement. We may, and are sometimes required by law, to disclose your health information to a law enforcement official for purposes such as identifying or locating a suspect, fugitive, material witness or missing person, complying with a court order, warrant, grand jury subpoena and other law enforcement purposes.
14. Coroners. We may, and are often required by law, to disclose your health information to coroners in connection with their investigations of deaths.
15. Organ or Tissue Donation. We may disclose your health information to organizations involved in procuring, banking or transplanting organs and tissues.
16. Public Safety. We may, and are sometimes required by law, to disclose your health information to appropriate persons in order to prevent or lessen a serious and imminent threat to the health or safety of a particular person or the general public.
17. Proof of Immunization. We will disclose proof of immunization to a school that is required to have it before admitting a student if you have agreed to the disclosure on behalf of yourself or your dependent.
18. Specialized Government Functions. We may disclose your health information for military or national security purposes or to correctional institutions or law enforcement officers that have you in their lawful custody.
19. Worker's Compensation. We may disclose your health information as necessary to comply with worker's compensation laws. For example, to the extent your care is covered by workers' compensation, we will make periodic reports to your employer about your condition. We are also required by law to report cases of occupational injury or occupational illness to the employer or workers' compensation insurer.
20. Change of Ownership. In the event that this medical practice is sold or merged with another organization, your health information/record will become the property of the new owner, although you will maintain the right to request that copies of your health information be transferred to another physician or medical group.
21. Breach Notification. In the case of a breach of unsecured protected health information, we will notify you as required by law. If you have provided us with a current email address, we may use email to communicate information related to the breach. In some circumstances our business associate may provide the notification. We may also provide notification by other methods as appropriate.

22. Psychotherapy Notes.We will not use or disclose your psychotherapy notes without your prior written authorization except for the following: 1) your treatment, 2) for training our staff, students and other trainees, 3) to defend ourselves if you sue us or bring some other legal proceeding, 4) if the law requires us to disclose the information to you or the Secretary of HHS or for some other reason, 5) in response to health oversight activities concerning your psychotherapist, 6) to avert a serious threat to health or safety, or 7) to the coroner or medical examiner after you die. To the extent you revoke an authorization to use or disclose your psychotherapy notes, we will stop using or disclosing these notes.
23. Research.We may disclose your health information to researchers conducting research with respect to which your written authorization is not required as approved by an Institutional Review Board or privacy board, in compliance with governing law.
24. Fundraising.We may use or disclose your demographic information, the dates that you received treatment, the department of service, your treating physician, outcome information and health insurance status in order to contact you for our fundraising activities. If you do not want to receive these materials, notify the Privacy Officer listed at the top of this Notice of Privacy Practices and we will stop any further fundraising communications. Similarly, you should notify the Privacy Officer if you decide you want to start receiving these solicitations again.
25. Bright By 3. At the 4 Month Well Child Check, your child's contact information, your name, and language preference will be shared with Bright By 3, unless you specifically request that Doctors Care does not share this information. Bright By 3 is an early childhood development program. The purpose of the program is to support you in promoting your child's language and social-emotional development before age 3. Their goal is to help you improve your child's future school readiness and performance. A member of Bright By 3 will contact you to discuss your child and opportunities Bright By 3 offers. You may request not to have your information shared during your visit, or opt out of the program by contacting Bright By 3 at 303-433-6200.
26. Health Information Exchange. Doctors Care endorses, supports, and participates in electronic Health Information Exchange (HIE) as a means to improve the quality of your health and healthcare experience. HIE provides us with a way to securely and efficiently share patients' clinical information electronically with other physicians and health care providers that participate in the HIE network. Using HIE helps your health care providers to more effectively share information and provide you with better care. The HIE also enables emergency medical personnel and other providers who are treating you to have immediate access to your medical data that may be critical for your care. Making your health information available to your health care providers through the HIE can also help reduce your costs by eliminating unnecessary duplication of tests and procedures. However, you may choose to opt-out of participation in the Doctors Care/CORHIO HIE, or cancel an opt-out choice, at any time.
27. Colorado Immunization Information System. Doctors Care endorses, supports, and participates in electronic Colorado Immunization Information System (CIIS) as a means to improve the quality of your or your child's health and healthcare experience. CIIS provides us with a way to securely and efficiently share patients' immunization information electronically with other physicians and health care providers that participate in the CIIS network. Using CIIS helps your health care providers identify which immunizations are needed, and verify your immunization history. Making your/your child's immunization information available to your health care providers through CIIS can also help reduce your costs by eliminating unnecessary duplication of immunizations. Under Colorado law, you have the option to exclude your/your child's immunization information from the Colorado Immunization Information System at any time.
- If you change your mind, you can always have your health care provider re-enter your/your child's immunization record into CIIS at a later time.
  - If you choose not to participate in CIIS, you are responsible for keeping track of your/your child's shot record.

If you wish to Opt out of CIIS please let our staff know and we can help you with this process.

## **B. When This Medical Practice May Not Use or Disclose Your Health Information**

Except as described in this Notice of Privacy Practices, this medical practice will, consistent with its legal obligations, not use or disclose health information which identifies you without your written authorization. If you do authorize this medical practice to use or disclose your health information for another purpose, you may revoke your authorization in writing at any time.

## **C. Your Health Information Rights**

1. Right to Request Special Privacy Protections. You have the right to request restrictions on certain uses and disclosures of your health information by a written request specifying what information you want to limit, and what limitations on our use or disclosure of that information you wish to have imposed. If you tell us not to disclose information to your commercial health plan concerning health care items or services for which you paid for in full out-of-pocket, we will abide by your request, unless we must disclose the information for treatment or legal reasons. We reserve the right to accept or reject any other request, and will notify you of our decision.
2. Right to Request Confidential Communications. You have the right to request that you receive your health information in a specific way or at a specific location. For example, you may ask that we send information to a particular e-mail account or to your work address. We will comply with all reasonable requests submitted in writing which specify how or where you wish to receive these communications.
3. Right to Inspect and Copy. You have the right to inspect and copy your health information, with limited exceptions. To access your medical information, you must submit a written request detailing what information you want access to, whether you want to inspect it or get a copy of it, and if you want a copy, your preferred form and format. We will provide copies in your requested form and format if it is readily producible, or we will provide you with an alternative format you find acceptable, or if we can't agree and we maintain the record in an electronic format, we will provide your choice of a readable electronic or hardcopy format. We will also send a copy to any other person you designate in writing. We will charge a reasonable fee which covers our costs for labor, supplies, postage, and if requested and agreed to in advance, the cost of preparing an explanation or summary, as allowed by federal [and state] law. We may deny your request under limited circumstances. If we deny your request to access your child's records or the records of an incapacitated adult you are representing because we believe allowing access would be reasonably likely to cause substantial harm to the patient, you will have a right to appeal our decision. If we deny your request to access your psychotherapy notes, you will have the right to have them transferred to another mental health professional.
4. Right to Amend. You have a right to request that we amend your health information that you believe is incorrect or incomplete. You must make a request to amend in writing, and include the reasons you believe the information is inaccurate or incomplete. We are not required to change your health information, and will provide you with information about this medical practice's denial and how you can disagree with the denial. We may deny your request if we do not have the information, if we did not create the information (unless the person or entity that created the information is no longer available to make the amendment), if you would not be permitted to inspect or copy the information at issue, or if the information is accurate and complete as is. If we deny your request, you may submit a written statement of your disagreement with that decision, and we may, in turn, prepare a written rebuttal. All information related to any request to amend will be maintained and disclosed in conjunction with any subsequent disclosure of the disputed information.
5. Right to an Accounting of Disclosures. You have a right to receive an accounting of disclosures of your health information made by this medical practice, except that this medical practice does not have to account for the disclosures provided to you or pursuant to your written authorization, or as described in paragraphs 1 (treatment), 2 (payment), 3 (health care operations), 6 (notification and communication with family) and 18 (specialized government functions) of Section A of this Notice of Privacy Practices or disclosures for purposes of research or public health which exclude direct patient identifiers, or which are incident to a use or disclosure otherwise permitted or authorized by law, or the disclosures to a

health oversight agency or law enforcement official to the extent this medical practice has received notice from that agency or official that providing this accounting would be reasonably likely to impede their activities.

6. Right to a Paper or Electronic Copy of this Notice. You have a right to notice of our legal duties and privacy practices with respect to your health information, including a right to a paper copy of this Notice of Privacy Practices, even if you have previously requested its receipt by e-mail. If you would like to have a more detailed explanation of these rights or if you would like to exercise one or more of these rights, contact our Privacy Officer listed at the top of this Notice of Privacy Practices.

#### **D. Changes to this Notice of Privacy Practices**

We reserve the right to amend this Notice of Privacy Practices at any time in the future. Until such amendment is made, we are required by law to comply with this Notice. After an amendment is made, the revised Notice of Privacy Practices will apply to all protected health information that we maintain, regardless of when it was created or received. We will keep a copy of the current notice posted in our reception area, and a copy will be available at each appointment. We will also post the current notice on our website.]

#### **E. Complaints**

Complaints about this Notice of Privacy Practices or how this medical practice handles your health information should be directed to our Privacy Officer listed at the top of this Notice of Privacy Practices.

If you are not satisfied with the manner in which this office handles a complaint, you may submit a formal complaint to:

Velveta Howell, Regional Manager  
Office for Civil Rights-U.S. Department of Health and Human Services  
999 18th Street, Suite 417  
Denver, CO 80202  
Voice Phone (800) 368-1019

or [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov)

The complaint form may be found at: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaint.pdf](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaint.pdf).  
You will not be penalized in any way for filing a complaint.

#### **F. Use of Patient Portal (Online Communication)**

Doctors Care provides a patient portal for the exclusive use of its established patients. The patient portal is designed to enhance patient/provider communications. We strive to keep all information in your records correct and complete. If you identify any discrepancy on your record, you agree to notify the Privacy Officer immediately. Additionally, by using the patient portal, the user agrees to provide factual information.

The patient portal provides:

1. Medication refill requests
2. Communication of laboratory results from staff to patients
3. Review of patient's medical summary, medication list, treatment history and visit dates
4. Limited communication regarding on-going treatment

The patient portal is not intended to provide internet based diagnostic medical services.

The following limitations apply:

1. No internet based triage or treatment will be provided. Diagnosis can only be made and treatment rendered after the patient has been seen by the provider
2. **No emergency communication or services. For emergencies patients should call 911**
3. No request for new or refilled prescriptions of controlled substances will be accepted
4. No requests for medication refills from providers outside of Doctors Care, including prescriptions from Community Partner Providers through the Doctors Care Program, will be accepted.

The patient portal is provided as a courtesy to our valued patients and there is never a fee for participating or accessing your information through the patient portal. However, if abuse or negligent usage of the patient portal persists, we reserve the right at our own discretion to terminate patient portal offering, suspend user access, or modify services offered through the patient portal. The patient portal is provided in partnership with eClinicalWorks, our electronic health record software vendor. The data is provided through a secure connection that meets or exceeds HIPAA standards. While we believe that the IT infrastructure and data are safe and secure, it does not guarantee unforeseen adverse events cannot occur. To the extent that it is possible, Doctors Care has undergone rigorous IT implementation and security standards, which meet industry recommendations.

By signing the NOTICE OF PRIVACY PRACTICES, you acknowledge that you have read about the Patient Portal and understand the risks and benefits to online communications. In addition, you agree to adhere to any other instructions or guidelines that Doctors Care may impose for online communication. You further agree to immediately inform Doctors Care if you change your e-mail address, and to keep your password secure. If you have a password breach, you agree to immediately log into the patient portal and change your password, and to notify the Privacy Officer at (303) 730-1313. You may choose to opt-out of participation in the Doctors Care Patient Portal, or cancel an opt-out choice, at any time.

Patient/Client Account# \_\_\_\_\_

**Doctors Care Notice of Privacy Practices**

---

HIPAA is a U.S. law that protects your medical records and other personal information. HIPAA is important because it protects your privacy. Please carefully review the Doctors Care Notice of Privacy Practices as it describes how and when we can share your information and what organizations we partner with to provide your care. This includes CORHIO (Colorado's Health Information Exchange) and the Colorado Immunization Information System (immunization record information). By law and Doctors Care policy, this signature page must be updated every year and include a copy of a photo ID.

**My signature confirms I have been offered a copy of and that I understand the Doctors Care Notice of Privacy Practices policy. It also confirms a current copy of the Doctors Care Notice of Privacy Practices is available at each appointment and on the Doctors Care website at [www.doctorscare.org](http://www.doctorscare.org).**

Patient/Client Name \_\_\_\_\_ Patient/Client Date of Birth \_\_\_\_\_

Patient/Parent/Guardian/Client Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

If not signed by the patient/client, please indicate relationship:

- Parent or guardian of minor patient/client       Guardian or conservator of an incompetent patient/client



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

### DOCTORS CARE

Heather Hoff, Oficial de Privacidad

Fecha de vigencia: 3/07/2018

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y PUEDE REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CON ATENCIÓN.

*Comprendemos la importancia de la privacidad y nos comprometemos mantener la confidencialidad de su información médica. Llevamos un registro de la atención médica que proporcionamos y podemos recibir tales registros de otras personas. Utilizamos estos registros para proveer atención médica de calidad o permitir que otros proveedores de atención médica puedan hacerlo, para obtener el pago por los servicios provistos según lo permita su plan de salud y para poder cumplir con nuestras obligaciones profesionales y legales para que este consultorio médico funcione de manera adecuada. La ley nos exige mantener la privacidad de información de salud protegida, informar a las personas de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida y a notificar a las personas afectadas por una equivocación en la protección de la información de salud protegida. Este aviso describe cómo podemos utilizar y revelar su información médica. También describe sus derechos y nuestras obligaciones legales con respecto a su información médica. Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad mencionado anteriormente.*

#### **A. Cómo este consultorio médico puede utilizar o revelar su información de salud**

Este consultorio médico recolecta su información de salud y la guarda en una ficha y en una computadora y en un registro electrónico de salud/registro de salud personal]. Este es su registro médico. El registro médico es propiedad de este consultorio médico pero la información en el registro médico le pertenece a usted.

Usamos su información de salud para brindarle atención médica, de salud mental, y dental. Divulgamos información médica, de salud mental, y dental a nuestros empleados y otras personas que participan en la prestación de la atención que necesita. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con otros médicos u otros proveedores de salud mental y dental que brindan servicios que no brindamos al referirlo a ellos o consultar con estos proveedores de atención médica. Doctors Care participa en un “acuerdo de atención médica organizada” (OHCA por sus siglas en inglés) con AllHealth Network (Arapahoe Douglas Mental Health Network) y puede compartir información con miembros de OHCA. El proveedor de salud de comportamiento en Doctors Care puede ser un empleado de AllHealth Network (Arapahoe Douglas Mental Health Network).

La ley nos permite utilizar o revelar su información de salud con los siguientes propósitos:

1. Información médica, de salud mental y dental enviada a estos proveedores incluirá notas clínicas; plan de tratamientos o radiografías. Podemos compartir esta información con un farmacéutico que la necesita para entregarle un medicamento con receta, o a un laboratorio que realiza una prueba. También podemos revelar información médica a miembros de su familia u otras personas que puedan ayudarlo cuando esté enfermo o herido, o después de su fallecimiento.
2. Pago. Utilizamos y revelamos su información médica para obtener el pago por los servicios que brindamos. Por ejemplo, le proporcionamos a su plan de salud la información necesaria antes de que nos pague. También podemos revelar información a otros proveedores de atención médica para ayudarlos a obtener el pago por los servicios que le brindaron.
3. Operaciones de atención médica. Podemos utilizar y revelar su información médica para que este consultorio médico funcione. Por ejemplo, podemos utilizar y revelar esta información para revisar y mejorar la calidad de la atención que brindamos, o la competencia y la calificación de nuestro personal

profesional. O podemos utilizar y revelar esta información para que su plan de salud autorice servicios o remisiones. También podemos utilizar y revelar esta información cuando sea necesario para revisiones médicas, auditorías y servicios legales, incluido el fraude y la detección de abuso, y los programas de conformidad, la administración y la planificación de la empresa. Además, podemos compartir su información médica con nuestros "socios comerciales", como nuestro servicio de facturación, que realiza servicios administrativos. Poseemos un contrato escrito con cada uno de estos socios comerciales con términos que les exigen a ellos y a sus subcontratistas proteger la confidencialidad y la seguridad de su información médica. También podemos compartir su información con otros proveedores de atención médica, centros de intercambio de información sobre atención médica o planes de salud que tengan una relación con usted cuando soliciten esta información para ayudarlos con la evaluación de calidad y sus actividades de mejora; las actividades de seguridad del paciente; los esfuerzos basados en la población para mejorar la salud o reducir los costos de la atención médica; el desarrollo de protocolos, la administración de casos o las actividades de coordinación de la atención; la revisión de competencias, calificaciones y desempeño de los profesionales de la atención médica; los programas de capacitación; las actividades de acreditación, certificación o matriculación; o la detección de fraude y abuso en la atención médica y los esfuerzos de conformidad. También podemos compartir su información médica con otros proveedores de atención médica, centros de intercambio de información sobre atención médica y planes de salud que participen con nosotros en "acuerdos de atención médica organizada" (OHCA, por sus siglas en inglés) para cualquiera de las operaciones de atención médica de los OHCA. Los OHCA incluyen hospitales, organizaciones médicas, planes de salud y otras entidades que brindan conjuntamente servicios de atención médica. Puede solicitarle al Oficial de Privacidad una lista de los OHCA en los que participamos.

4. Citas/ Recordatorios de citas. Podemos utilizar y revelar información médica para ponernos en contacto con usted y recordarle sus citas. Si usted no está en su hogar, podemos dejar esta información en el contestador automático o en un mensaje con la persona que atiende el teléfono.
5. Forma de registro. Podemos utilizar y revelar su información médica pidiéndole que se registre cuando llegue a nuestra oficina. También podemos decir su nombre cuando podamos atenderlo.
6. Notificación y comunicación con la familia. Podemos revelar su información de salud para notificar o ayudar a notificar a un miembro de su familia, su representante personal o alguna otra persona responsable de su cuidado sobre su ubicación, estado general o, a menos que usted no haya indicado lo contrario, en caso de su fallecimiento. En caso de un desastre, podemos revelar información a una organización de asistencia humanitaria para que pueda coordinar estos esfuerzos de notificación. También podemos revelar información a alguien involucrado con su cuidado o que ayude a pagarlo. Antes de realizar estas revelaciones, le daremos la oportunidad para aceptarlas o rechazarlas si usted tiene la capacidad y disponibilidad para hacerlo; aunque podemos revelar esta información en caso de desastre, incluso si usted se opuso, si creemos que es necesario para responder ante las circunstancias de emergencia. Si no tiene la capacidad o disponibilidad para aceptar o rechazar la revelación, nuestros profesionales de la salud usarán su mejor criterio para comunicarse con su familia y otras personas.
7. Mercadotecnia. Teniendo en cuenta que no recibimos pago alguno por realizar estas comunicaciones, podemos contactarlo para darle información sobre productos o servicios relacionados con su tratamiento, coordinación de la atención o gestión de casos, o para indicar o recomendar otros tratamientos, terapias, proveedores de atención médica o centros de atención que le puedan interesar. De la misma manera, podemos describir productos o servicios brindados por este consultorio e informarle sobre qué planes de salud participa. También podemos estimular a mantener un estilo de vida saludable y realizarse pruebas recomendadas, aconsejarle que participe en un programa de tratamiento de enfermedades, brindarle pequeños obsequios, informarle sobre programas de salud patrocinados por el gobierno o alentarle a adquirir un producto o servicio cuando nos encontremos con usted, por el cual podamos recibir un pago. Por último, podemos recibir una compensación que cubra nuestro costo de recordarle tomar y reponer sus medicamentos, o informarle sobre algún otro medicamento o fármaco biológico que actualmente se le haya recetado. En ningún otro caso utilizaremos o revelaremos su información médica para la

mercadotecnia ni aceptaremos pago alguno por otras comunicaciones comerciales sin su previa autorización por escrito. La autorización indicará si recibimos alguna compensación por cualquier actividad de mercadotecnia que usted autorice, y detendremos cualquier actividad de mercadotecnia futura cuando usted cancele dicha autorización.

8. Venta de información de salud. No venderemos su información de salud sin su previa autorización por escrito. La autorización indicará que recibiremos una compensación por su información médica si nos autoriza a venderla y detendremos toda venta futura de su información cuando usted cancele dicha autorización.
9. Exigido por ley. De acuerdo con la ley, utilizaremos y revelaremos su información médica, pero limitaremos este uso y esta revelación a los requerimientos correspondientes de la ley. Cuando la ley nos exija informar abusos, negligencia o violencia doméstica, o responder procedimientos legales o administrativos, o responder a las autoridades, cumpliremos también el requerimiento establecido a continuación con respecto a dichas actividades.
10. Salud pública. Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, revelar su información de salud a autoridades de la salud pública con propósitos relacionados a la prevención y el control de enfermedades, heridas o discapacidades; la denuncia del abuso o la negligencia en el cuidado de un niño, adulto mayor o adulto dependiente; la denuncia de casos de violencia doméstica; la denuncia a la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration) de problemas con productos y reacciones a medicamentos; y la denuncia de exposiciones a enfermedades o infecciones. Cuando denunciemos un supuesto caso de abuso o de violencia doméstica a un adulto mayor o un adulto dependiente, le notificaremos a usted o a su representante personal de manera oportuna, a menos que, según nuestro mejor criterio profesional, consideremos que esta notificación lo pondría en peligro de sufrir un daño severo o requeriría informarle a un representante personal que creamos que es el responsable del abuso o daño.
11. Actividades de supervisión de la salud. Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, revelar su información de salud a agencias de supervisión de la salud durante el transcurso de auditorías, investigaciones, inspecciones, autorizaciones y otros procedimientos según las limitaciones establecidas por la ley.
12. Procedimientos judiciales y administrativos. Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, revelar su información de salud durante el transcurso de cualquier procedimiento administrativo o judicial en la medida que lo autorice expresamente una corte u orden administrativa. También podemos revelar su información en respuesta a una citación, un pedido de presentación de prueba u otro proceso legal si se hizo todo lo posible por notificarle a usted sobre la solicitud y usted no se opuso, o si sus objeciones se resolvieron en una corte o una orden administrativa.
13. Cumplimiento de la ley. Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, revelar su información de salud a un agente de la autoridad con el fin de identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, en cumplimiento con una orden judicial, una citación de un juzgado de acusación y para otros fines para el cumplimiento de la ley.
14. Médicos forenses. Podemos, y a menudo incluso la ley nos exige, revelar su información de salud a médicos forenses si la información está relacionada con las investigaciones sobre fallecimientos.
15. Donación de órganos. Podemos revelar su información de salud a organizaciones involucradas en la adquisición, conservación en bancos y trasplante de órganos.
16. Seguridad pública. Podemos, y a veces incluso la ley nos exige, revelar su información de salud a las personas adecuadas para prevenir o aminorar una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de alguna persona en particular o del público en general.

17. Comprobante de vacunación. Revelaremos la información del comprobante de vacunación a la escuela que debe tenerlo antes de admitir a un estudiante, siempre que usted haya accedido a dar esta información en su nombre o el de su dependiente.
18. Funciones gubernamentales especializadas. Podemos revelar su información de salud por razones militares o de seguridad nacional, o a correccionales o a agentes de la autoridad en cuya custodia se encuentre.
19. Indemnización laboral. Podemos revelar su información de salud en caso de ser necesario para cumplir con las leyes de indemnización laboral. Por ejemplo, mientras su atención se encuentre cubierta por la indemnización laboral, realizaremos informes periódicos a su empleador sobre su estado. La ley también nos exige informar casos de accidentes o enfermedades de trabajo al empleador o a la aseguradora que proporciona indemnización laboral.
20. Cambio de posesión. En el caso de que este consultorio médico se venda o se una con otra organización, su información o registro de salud se convertirá en propiedad del nuevo dueño, aunque usted mantendrá el derecho de solicitar la transferencia de copias de su información a otro médico o grupos médicos.
21. Notificación de fallo en la protección de la información. En el caso de que haya algún fallo en la protección de la información de salud protegida, le notificaremos tal como lo exige la ley. Si usted nos ha brindado una dirección de correo electrónico actual, podemos utilizar este medio para proporcionarle información con respecto al fallo. En algunas circunstancias, nuestro socio comercial puede realizar la notificación. También podemos notificarle a través de otros medios, según sea adecuado.
22. Notas de psicoterapia. No utilizaremos ni revelaremos sus notas de psicoterapia sin su previa autorización por escrito excepto para lo siguiente: 1) su tratamiento, 2) la capacitación de nuestro personal, nuestros estudiantes y otros practicantes, 3) nuestra defensa en caso de que nos demande o presente algún otro procedimiento legal, 4) si la ley nos exige revelar información a usted o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS, por sus siglas en inglés) o por alguna otra razón, 5) en respuesta a actividades de supervisión de la salud que involucren a su psicoterapeuta, 6) para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad, o 7) al médico forense cuando usted fallezca. Cuando usted cancele la autorización, dejaremos de utilizar o revelar sus notas de psicoterapia.
23. Investigación. Podemos revelar su información de salud a investigadores que lleven a cabo una investigación para la cual no es necesaria su autorización por escrito según la aprobación de un Junta de Revisión Institucional o junta de privacidad, en cumplimiento con la ley vigente.
24. Recaudación de fondos. Podemos utilizar o revelar su información demográfica, las fechas en las que fue atendido, la especialidad, el médico que lo atendió, la información que se obtuvo y el estado del seguro de salud a fines de ponernos en contacto con usted en relación con nuestras actividades de recaudación de fondos. Si no desea recibir esta documentación, comuníquese con el Oficial de Privacidad que se indica en la parte superior de este Aviso de prácticas de privacidad y dejaremos de enviarle comunicaciones de recaudación de fondos. De la misma manera, debería notificar al Oficial de Privacidad si decide que desea recibir nuevamente estas solicitudes de donaciones.
25. Brillante a los 3. Examen de Rutina a los 4 Meses, la información de contacto de su hijo/a su nombre y lenguaje de preferencia será compartido con Brillante a los 3, a menos que usted pida a Doctors Care que esta información no sea compartida. Brillante a los 3 es un programa de desarrollo a temprana edad. El propósito es apoyar y promover el lenguaje de su niño/a y su desarrollo socio-emocional antes de los 3 años. La meta es ayudarlo a mejorar su futuro en la escuela y que este listo para tener buen rendimiento. Un socio de Brillante a los 3 se comunicará con usted para explicarle las oportunidades para su niño/a que ofrece Brillante a los 3. Usted podrá decidir que su información no se comparta con este programa durante su visita, o también salirse de el programa Brillante a los 3 llamando al 303-433-6200

26. Intercambio de Información de Salud (HIE). Doctors Care aprueba, apoya y participa en el Intercambio de Información de Salud (HIE) como una manera de mejorar la calidad de su cuidado y su experiencia de cuidado de salud. HIE nos provee una manera de compartir información clínica del paciente seguramente y eficientemente con otros médicos y proveedores de salud que participan en la red HIE. Usar HIE ayuda a su proveedor de salud compartir información más efectivamente y darle cuidado mejor. El HIE también permite que personal medica de emergencia y otros proveedores que le están tratando tengan acceso inmediato a sus datos médicos que sean críticos a su cuidado. Hacer su información de salud disponible a sus proveedores de salud por el HIE también ayuda a bajar sus costos por eliminar la repetición innecesaria de pruebas y procedimientos. Pero, usted puede elegir no participar en el HIE Doctors Care/CORHIO, o cancelar la decisión de estar incluido, en cualquier momento.
27. Sistema de Información de Inmunizaciones de Colorado. Doctors Care apoya y participa en el Sistema electrónico de Información de Inmunizaciones de Colorado (CIIS) ya que mejora la calidad de su salud o la salud de sus hijos y su experiencia con el cuidado de salud. CIIS nos proporciona con una manera segura y eficaz de compartir la información inmunológica de los pacientes con otros médicos y proveedores de salud que participan en la red de CIIS. El uso de CIIS ayuda a los proveedores de cuidado de salud a identificar cuales inmunizaciones son necesarias, y verificar el historial inmunológico. El hacer su información inmunológica disponible a sus proveedores de salud a través de CIIS también puede ayudar a reducir sus costos al eliminar la duplicación innecesaria de inmunizaciones. Bajo la ley de Colorado, usted tiene la opción de excluir su información o la de sus hijos del Sistema de Información de Inmunizaciones de Colorado a cualquier hora.
- Si usted cambia de opinión, puede pedir a su proveedor de salud que vuelva a ingresar su registro inmunológico o el de su hijo a CIIS en cualquier momento.
  - Si usted elige no participar en CIIS, usted será responsable de mantener los registros de vacunas o el de su hijo.

Si usted desea dejar de CIIS por favor deje saber a nuestro personal y nosotros le ayudaremos con el proceso.

## **B. Cuándo este consultorio médico no puede utilizar o revelar su información de salud**

Excepto por lo descrito en este Aviso de prácticas de privacidad, y en cumplimiento de nuestras obligaciones legales, este consultorio médico no utilizará ni revelará información de salud que lo identifique sin su autorización por escrito. Si usted sí autoriza a este consultorio médico a utilizar o revelar información para otros fines, puede cancelar la autorización por escrito en cualquier momento.

## **C. Sus derechos de información de salud**

1. Derecho a solicitar protección especial de privacidad. Usted tiene derecho a solicitar restricciones en ciertos casos de uso y revelación de su información de salud por medio de una petición escrita que especifique qué información desea limitar y qué límites desea imponer en nuestro uso o revelación de esa información. Si usted nos indica que no le revelemos a su plan de salud comercial información que tenga que ver con servicios o productos de atención médica por los cuales haya pagado completamente por cuenta propia, nosotros acataremos su solicitud a menos que debamos revelar la información para su tratamiento o por razones legales. Nos reservamos el derecho a aceptar o rechazar cualquier otra solicitud y le notificaremos nuestra decisión.
2. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a solicitar que le enviemos su información de salud de alguna forma específica o a alguna ubicación específica. Por ejemplo, puede solicitar que le enviemos información a una dirección de correo electrónico en particular o a su dirección laboral. Cumpliremos con todos los pedidos razonables presentados por escrito que especifiquen cómo o dónde desea recibir estas comunicaciones.

3. Derecho a revisar y copiar. Usted tiene derecho a revisar y copiar su información de salud con contadas excepciones. Para acceder a su información médica, debe presentar una solicitud escrita que detalle a qué información desea acceder, si desea revisarla o realizar una copia, y, en caso de querer una copia, la forma y el formato deseados. Nosotros proporcionaremos copias en la forma y el formato que usted solicitó, si es realizable rápidamente, o proporcionaremos un formato alternativo que usted acepte; o si no logramos estar de acuerdo y mantenemos el registro en formato electrónico, le ofreceremos elegir entre un archivo electrónico de lectura o en formato impreso. También le enviaremos una copia a cualquier persona que usted designe por escrito. Facturaremos un honorario razonable que cubra nuestros gastos de mano de obra, suministros, franqueo y, si se solicitó y acordó por adelantado, el costo de redactar una explicación o un resumen según lo permita la ley federal [y estatal]. Podemos rechazar su solicitud en circunstancias determinadas. Usted tendrá el derecho de apelar nuestra decisión en caso de que rechacemos su solicitud para acceder a los registros de su hijo o de un adulto incapacitado que usted representa debido a que consideramos que permitirle el acceso podría llegar a causar un daño substancial al paciente. En caso de que rechacemos su acceso a las notas de psicoterapia, usted tendrá derecho a que las transfieran a otro profesional de salud mental.
4. Derecho a corrección. Usted tiene derecho a solicitar que corriamos su información médica que crea que sea incorrecta o esté incompleta. Debe realizar una solicitud de corrección por escrito, e incluir las razones por las cuales cree que la información es inexacta o está incompleta. No estamos obligados a modificar la información de salud, y le proporcionaremos información sobre el rechazo del consultorio médico y cómo puede discrepar con el rechazo. Podemos rechazar su solicitud si no contamos con la información, si no creamos la información (a menos que la persona o entidad que la creó ya no esté disponible para realizar la corrección), si usted no está autorizado para revisar o copiar la información en cuestión o si la información es correcta y actualizada. Si rechazamos su solicitud, usted puede enviar una declaración escrita que exprese su disconformidad con la decisión y, a su vez, nosotros podemos impugnarla. Toda la información relacionada con una solicitud de corrección se mantendrá y revelará junto con cualquier revelación subsiguiente de la información en disputa.
5. Derecho a un resumen de revelaciones. Usted tiene derecho a recibir un resumen de las revelaciones de su información de salud que este consultorio médico haya realizado, excepto que este consultorio médico no deba dar cuenta de las revelaciones que se le proporcionaron o conforme a su autorización escrita, o según los párrafos 1 (tratamiento), 2 (pago), 3 (operaciones de atención médica), 6 (notificación y comunicación a la familia) y 18 (funciones gubernamentales especializadas) de la Sección A de este Aviso de prácticas de privacidad, o revelaciones con fines investigativos o de salud pública que excluyan identificaciones directas de pacientes o que sean inherentes a un uso o una revaloración permitidos o autorizados por ley, o las revelaciones que se realicen a una agencia de supervisión de la salud o a agentes de la autoridad en la medida que este consultorio médico haya recibido notificación de dicha agencia o agente de que el brindar este resumen razonablemente podría interferir en sus actividades.
6. Derecho a una copia electrónica o en papel de este Aviso. Usted tiene derecho a estar informado de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud, y a una copia en papel de este Aviso de prácticas de privacidad, incluso si previamente solicitó su recepción por correo electrónico.

Si quisiera tener una explicación más detallada de estos derechos o si quisiera ejercer uno o más de estos derechos, póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad indicado al comienzo de este Aviso de prácticas de privacidad.

## **D. Cambios en este Aviso de prácticas de privacidad**

Nos reservamos el derecho de modificar este Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento en el futuro. Hasta que realicemos dicha modificación, la ley nos exige cumplir con este Aviso. Luego de que se realiza una modificación, el Aviso de prácticas de privacidad revisado aplicará a toda la información médica protegida que mantengamos, sin importar cuándo fue creada o recibida. Mantendremos una copia del aviso actual publicada en nuestra área de recepción y habrá una copia disponible en cada cita. También publicaremos el aviso vigente en nuestro sitio web.

## **E. Quejas**

Las quejas con respecto a este Aviso de prácticas de privacidad o la manera en que este consultorio médico manipula su información de salud deben dirigirse a nuestro Oficial de Privacidad indicado al comienzo de este Aviso de prácticas de privacidad.

Si no está satisfecho con la forma en que esta oficina aborda una queja, puede enviar una queja formal a:

Velveta Howell, Gerente Regional  
Oficina de Derechos Civiles-U.S. Departamento de Salud y Servicios Humanos  
999 18th Street, Suite 417  
Denver, CO 80202  
Voice Phone (800) 368-1019  
o  
[OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov)

El formulario de quejas se puede encontrar en:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaint.pdf](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaint.pdf).

Usted no será penalizado de ninguna forma por presentar una queja.

## **F. El uso del Portal del Paciente (Comunicación por la internet)**

Doctor Care proporciona un portal de paciente para el uso exclusivo de sus pacientes establecidos. El portal del paciente está diseñado para mejorar la comunicación paciente / proveedor. Nos esforzamos por mantener toda la información en sus registros correctos y completos. Si usted identifica alguna discrepancia en su registro, usted se compromete a notificar al Oficial de Privacidad de inmediato. Además, utilizando el portal del paciente, el usuario se compromete a proporcionar información sobre los hechos.

El portal del paciente establece:

1. Pedidos de reposición de medicación
2. Comunicación de los resultados de laboratorio a los pacientes por parte del personal
3. Revisión del resumen del paciente médico, lista de medicamentos, antecedentes de tratamiento y período de estancia
4. La comunicación limitada con respecto al tratamiento en curso

El portal paciente no está destinado a proporcionar servicios médicos de diagnóstico basadas en Internet.

Las siguientes limitaciones aplican:

1. No se proporcionará triaje (mayor prioridad) o tratamiento basado en Internet. El diagnóstico sólo se puede hacer y el trato prestado después que el paciente ha sido visto por el proveedor
2. **No hay comunicación o servicios de emergencia. En caso de emergencia los pacientes deben llamar al 911**
3. No se ha solicitado nuevos o rellenados recetas de sustancias controladas será aceptada
4. No hay solicitudes de renovaciones de medicamentos de proveedores fuera de Doctors Care, incluyendo recetas de proveedores socios de la Comunidad a través del Programa de Cuidados Médicos, serán aceptados

El portal paciente se proporciona como una cortesía a nuestros pacientes valorados y nunca hay un honorario por participar o acceder a su información a través del portal del paciente. Sin embargo, si el abuso o el uso indebido del portal paciente persisten, nos reservamos el derecho a nuestra propia discreción, de cancelar ofrenda portal paciente, suspender el acceso de usuarios o modificar los servicios ofrecidos a través del portal del paciente.

El portal de los pacientes se presenta en sociedad con eClinicalWorks, nuestro proveedor de software de registro electrónico de salud. Los datos se proporcionan a través de una conexión segura que cumple o excede los estándares de HIPAA. Si bien creemos que la infraestructura de TI y los datos están a salvo y seguro, que no garantiza los eventos adversos imprevistos no puedan ocurrir. En la medida en que es posible, Doctors Care ha sido objeto de una rigurosa aplicación de TI y las normas de seguridad que cumplen con las recomendaciones de la industria.

Al firmar el AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, usted reconoce que ha leído sobre el Portal del Paciente y entiende los riesgos y beneficios de las comunicaciones en línea. Además, usted se compromete a cumplir con todas las instrucciones o reglamentos que Doctors Care aplica para la comunicación en línea. Así mismo, acepta informar inmediatamente a los médicos de Doctors Care si cambia su dirección de correo electrónico, para mantener su contraseña segura. Si su contraseña es comprometida, usted se compromete a cambiar la contraseña en el portal del paciente y notificar al Oficial de Privacidad al (303) 730-1313. Usted tiene el derecho a dar por terminado el uso en el Portal del Paciente de Doctors Care, en cualquier momento, o cancelarlo en cualquier momento.



**Aviso de Prácticas de Privacidad**

HIPAA es una ley de los Estados Unidos que protege sus records médicos y otra información personal. HIPAA es importante porque protege su privacidad. Por favor repase el Aviso de prácticas de privacidad y consentimiento para el tratamiento de Doctors Care ya que describe cómo y cuándo podremos compartir su información y con qué organizaciones trabajamos para proveer su cuidado. Esto incluye CORHIO (Intercambio de Información de Salud de Colorado) y el Sistema de Información de Inmunizaciones de Colorado (Información de record de inmunizaciones). Bajo la ley y la póliza de Doctors Care, esta página con mi firma debe ser actualizada cada año y tendrá que incluir una identificación mía con foto.

**Mi firma confirma que se me ha ofrecido una copia y que entiendo el Aviso de Practicas de Privacidad. También confirma que una copia reciente del Aviso de Practicas de Privacidad está disponible en cada cita y en la página web de Doctors Care en [www.doctorscare.org](http://www.doctorscare.org).**

Nombre del Paciente/Cliente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (Paciente/Cliente) \_\_\_\_\_

Paciente/  
Padre/Guardián/Cliente Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si no es firmado por el paciente/cliente, por favor indique la relación:

- Padre o Guardián de menor de edad     Guardián o conservador de paciente incompetente