

*Notice of Privacy Practices*

# **Your Information. Your Rights. Our Responsibilities.**



*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.*

**When it comes to your health information, you have certain rights.**  
*This section explains your rights and some of our responsibilities to help you.*

---

### **Get an electronic or paper copy of your medical record**

- ▶ You can ask to see or get an electronic or paper copy of your medical record and other health information we have about you. Ask us how to do this.
  - ▶ We will provide a copy or a summary of your health information, usually within 30 days of your request. We may charge a reasonable, cost-based fee.
- 

### **Ask us to correct your medical record**

- ▶ You can ask us to correct health information about you that you think is incorrect or incomplete. Ask us how to do this.
  - ▶ We may say “no” to your request, but we’ll tell you why in writing within 60 days.
- 

### **Request confidential communications**

- ▶ You can ask us to contact you in a specific way (for example, home or office phone) or to send mail to a different address.
  - ▶ We will say “yes” to all reasonable requests.
- 

### **Ask us to limit what we use or share**

- ▶ You can ask us not to use or share certain health information for treatment, payment, or our operations.

***We are not required to agree to your request, and we may say “no” if it would affect your care.***

- ▶ If you pay for a service or health care item out-of-pocket in full, you can ask us not to share that information for the purpose of payment or our operations with your health insurer.

***We will say “yes” unless a law requires us to share that information.***

***When it comes to your health information, you have certain rights.***  
*This section explains your rights and some of our responsibilities to help you.*

---

### **Get a list of those with whom we've shared information**

- ▶ You can ask for a list (accounting) of the times we've shared your health information for six years prior to the date you ask, who we shared it with, and why.
  - ▶ We will include all the disclosures except for those about treatment, payment, and health care operations, and certain other disclosures (such as any you asked us to make). We'll provide one accounting a year for free but will charge a reasonable, cost-based fee if you ask for another one within 12 months. We may charge a reasonable, cost-based fee.
- 

### **Get a copy of this privacy notice**

- ▶ You can ask for a paper copy of this notice at any time, even if you have agreed to receive the notice electronically. We will provide you with a paper copy promptly.
- 

### **Choose someone to act for you**

- ▶ If you have given someone medical power of attorney or if someone is your legal guardian, that person can exercise your rights and make choices about your health information.
  - ▶ We will make sure the person has this authority and can act for you before we take any action.
- 

### **File a complaint if you feel your rights are violated**

- ▶ You can complain if you feel we have violated your rights by contacting us, The Joint Commission or the Connecticut Department of Public Health using the information on the back page.
- ▶ You can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, calling 1-877-696-6775, or visiting [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).

***For certain health information, you can tell us your choices about what we share. If you have a clear preference for how we share your information in the situations described below, talk to us. Tell us what you want us to do, and we will follow your instructions.***

---

**In these cases, you have both the right and choice to tell us to:**

- ▶ Share information with your family, close friends, or others involved in your care
- ▶ Share information in a disaster relief situation
- ▶ Include your information in a hospital directory

*If you are not able to tell us your preference, for example if you are unconscious, we may go ahead and share your information if we believe it is in your best interest. We may also share your information when needed to lessen a serious and imminent threat to health or safety.*

---

**In these cases we never share your information unless you give us written permission:**

- ▶ Marketing purposes
  - ▶ Sale of your information
  - ▶ Most sharing of psychotherapy notes
- 

**In the case of fundraising:**

- ▶ We may contact you for fundraising efforts, but you can tell us not to contact you again.

### **How do we typically use or share your health information?**

*We typically use or share your health information in the following ways.*

---

#### **Treat you**

- ▶ We can use your health information and share it with other professionals who are treating you.

***Example:** A doctor treating you for an injury asks another doctor about your overall health condition.*

---

#### **Run our organization**

- ▶ We can use and share your health information to run our practice, improve your care, and contact you when necessary.

***Example:** We use health information about you to manage your treatment and services.*

---

#### **Bill for your services**

- ▶ We can use and share your health information to bill and get payment from health plans or other entities.

***Example:** We give information about you to your health insurance plan so it will pay for your services.*

---

#### **Help with public health and safety issues**

- ▶ We can share health information about you for certain situations such as:
    - ▶ Preventing disease
    - ▶ Helping with product recalls
    - ▶ Reporting adverse reactions to medications
    - ▶ Reporting suspected abuse, neglect, or domestic violence
    - ▶ Preventing or reducing a serious threat to anyone's health or safety
- 

#### **Appointment Reminders, Follow-up Calls and Treatment Alternatives**

- ▶ We may use or share your information to remind you of an appointment or to check on you after you have received treatment. If you have an answering machine we may leave a message. If you elect, we may also send appointment reminders via text message or email. We may contact you about possible treatment options, alternatives, or other health related services that may be of interest to you.
- 

*continued on next page*

### ***How else can we use or share your health information?***

*We are allowed or required to share your information in other ways – usually in ways that contribute to the public good, such as public health and research. We have to meet many conditions in the law before we can share your information for these purposes. For more information see: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).*

---

#### **Do research**

- ▶ We can use or share your information for health research.
- 

#### **Comply with the law**

- ▶ We will share information about you if state or federal laws require it, including with the Department of Health and Human Services if it wants to see that we're complying with federal privacy law.
- 

#### **Respond to organ and tissue donation requests**

- ▶ We can share health information about you with organ procurement organizations.
- 

#### **Work with a medical examiner or funeral director**

- ▶ We can share health information with a coroner, medical examiner, or funeral director when an individual dies.
- 

#### **Address workers' compensation, law enforcement, and other government requests**

- ▶ We can use or share health information about you:
    - ▶ For workers' compensation claims
    - ▶ For law enforcement purposes or with a law enforcement official
    - ▶ With health oversight agencies for activities authorized by law
    - ▶ For special government functions such as military, national security, and presidential protective services
- 

#### **Respond to lawsuits and legal actions**

- ▶ We can share health information about you in response to a court or administrative order, or in response to a subpoena.

- ▶ We are required by law to maintain the privacy and security of your protected health information.
- ▶ We will let you know promptly if a breach occurs that may have compromised the privacy or security of your information.
- ▶ We must follow the duties and privacy practices described in this notice and give you a copy of it.
- ▶ We will not use or share your information other than as described here unless you tell us we can in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind.

For more information see:

**[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)**

## Changes to the Terms of This Notice

We can change the terms of this notice, and the changes will apply to all information we have about you. The new notice will be available upon request, in our office, and on our web site.

### You can file a complaint or report a concern, by contacting:

#### Privacy Officer

First Choice Health Centers, Inc.  
(860) 610-6148

#### Office of Quality and Patient Safety

##### The Joint Commission

One Renaissance Boulevard  
Oakbrook Terrace, IL 60181

#### Connecticut Department of Public Health

(800) 828-9769  
dph.fliscomplaint@ct.gov



**firstchc.org**

EAST HARTFORD - MANCHESTER - VERNON

Primary Care | Dental | Behavioral Health | Pediatrics | Podiatry  
Women's Health/Obstetrics | Infectious Disease | Geriatrics | Chiropractic  
Optometry | Nutrition | School Based Health Centers | SNAP  
Mobile Dental Office | Parents As Teachers | Care Coordination  
340B Pharmacy | LGBTQ+ Services | Laboratory Services

*First Choice Health Centers, Inc. is a Health Center Program grantee under 42 USC 254b and a deemed Public Health Service employee under 42 USC 233(g)-(n). This facility is FTCA deemed.*



*Aviso de prácticas de privacidad*

**Su información.**

**Sus derechos.**

**Nuestras responsabilidades.**



*Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esa información.*

*Léalo con detenimiento.*

**Quando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.**  
*Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.*

---

### **Obtenga una copia electrónica o impresa de su registro médico**

- ▶ Puede solicitar ver o obtener una copia electrónica o impresa de su registro médico y de cualquier otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
  - ▶ Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, normalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.
- 

### **Pídanos que corrijamos su historial médico**

- ▶ Puede pedirnos que corrijamos su información médica si cree que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
  - ▶ Podemos decir “no” a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de 60 días.
- 

### **Solicite comunicaciones confidenciales**

- ▶ Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono a su casa o oficina) o que le enviemos el correo a una dirección diferente.
  - ▶ Diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.
- 

### **Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos**

- ▶ Puede solicitar que no usemos ni compartamos cierta información médica relacionada con el tratamiento, el pago o nuestras operaciones.  
***No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir “no” si esto afecta su atención médica.***
- ▶ Si paga totalmente un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo, puede solicitarnos que no compartamos esa información con su aseguradora de salud para los fines del pago o nuestras operaciones.

***Diremos “sí” a menos que una ley nos exija compartir esa información.***

### ***Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.***

*Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.*

---

#### **Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información**

- ▶ Puede solicitar una lista de las veces que hemos compartido su información médica (rendición de cuentas) durante los seis años anteriores a la fecha que hizo la solicitud, con quién la compartimos y por qué.
  - ▶ Incluiremos todas las divulgaciones de información, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que usted nos haya pedido que hagamos). Proporcionaremos un informe anual de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de 12 meses. Es posible que cobremos una tarifa razonable basada en el costo.
- 

#### **Reciba una copia de este aviso de privacidad**

- ▶ Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel a la brevedad.
- 

#### **Elija a alguien que lo represente**

- ▶ Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
  - ▶ Nos aseguraremos de que la persona tenga esta facultad y tenga la capacidad de actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.
- 

#### **Presente una queja si cree que se violan sus derechos**

- ▶ Puede comunicarse con nosotros, con la Comisión Conjunta o el Departamento de Salud Pública de Connecticut, utilizando la información de la última página, para presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos.
- ▶ Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints).

**Con respecto a cierta información médica, puede decirnos sus opciones sobre lo que podemos compartir. Contáctenos si tiene una preferencia clara sobre cómo debemos compartir su información en las situaciones que se describen a continuación. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.**

---

**En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:**

- ▶ Compartamos información con sus familiares, amigos cercanos o otras personas involucradas en su cuidado
- ▶ Compartamos información en una situación de socorro en casos de desastre
- ▶ Incluyamos su información en un directorio del hospital

*Si no puede indicarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podremos continuar y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*

---

**En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé su permiso por escrito:**

- ▶ Propósitos de marketing
  - ▶ Venta de su información
  - ▶ La mayor parte del intercambio de notas en psicoterapia
- 

**En el caso de recaudación de fondos:**

- ▶ Es probable que le contactemos para recaudar fondos, pero puede indicarnos que no le contactemos de nuevo.

### ¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información médica?

Normalmente usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

---

#### Tratamiento

- ▶ Podremos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que le dan tratamiento.

**Ejemplo:** un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado general de salud.

---

#### Dirigir nuestra organización

- ▶ Podremos usar y compartir su información médica para llevar a cabo nuestro trabajo, mejorar su atención médica y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

**Ejemplo:** usamos su información médica para administrar su tratamiento y servicios

---

#### Facturar sus servicios

- ▶ Podemos usar y compartir su información médica para facturar y recibir pagos de planes médicos o otras entidades.

**Ejemplo:** proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por sus servicios.

---

#### Ayuda con problemas de salud y seguridad pública

- ▶ Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, tales como:
    - ▶ Prevención de enfermedades
    - ▶ Ayudar con el retiro de productos
    - ▶ Informar reacciones adversas ante medicamentos
    - ▶ Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
    - ▶ Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona
- 

#### Recordatorios de citas, llamadas de seguimiento y alternativas de tratamiento

- ▶ Podemos usar o compartir su información para recordarle una cita o para hacerle un chequeo luego de haber recibido tratamiento. Si tiene una contestadora automática, podremos dejar un mensaje. Si lo desea, también podemos enviar recordatorios de citas por mensaje de texto o correo electrónico. Podremos comunicarnos con usted sobre posibles opciones de tratamiento, alternativas o otros servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.
-

### **¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?**

*Se nos permite o exige compartir su información de otras formas, por lo general, de formas que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para más información, ver: [www.hhs.gov/OCr/privacy/hipaa/understanding/CONsumers/index.html](http://www.hhs.gov/OCr/privacy/hipaa/understanding/CONsumers/index.html).*

---

**Hacer investigaciones** ▶ Podemos usar o compartir su información con propósitos de investigación médica.

---

**Cumplir con la ley** ▶ Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desean confirmar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

---

**Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos** ▶ Podremos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos.

---

**Trabajar con un examinador médico director de funeral** ▶ Podemos compartir información médica con un médico forense, evaluador médico o director de funeraria cuando una persona fallece.

---

**Abordar la compensación de trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes del gobierno** ▶ Podemos usar o compartir información médica sobre usted:

- ▶ Para reclamos de indemnización laboral
- ▶ Para propósitos de cumplimiento con la ley o con un funcionario de cumplimiento de la ley
- ▶ Con agencias de vigilancia de la salud para actividades autorizadas por ley
- ▶ Para funciones gubernamentales especiales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

---

**Responder a demandas y acciones legales** ▶ Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

- ▶ Estamos obligados por ley a mantener protegida la privacidad y seguridad de su información médica.
- ▶ Le informaremos de inmediato si se produce una filtración de datos que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- ▶ Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y entregarle una copia.
- ▶ No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea como se describe en este documento, a menos que usted nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información, consulte:

**[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)**.

## Cambios en los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

## Puede presentar una queja o informar una inquietud comunicándose con:

### Oficial de privacidad

First Choice Health Centers, Inc.  
(860) 610-6148

### Oficina de calidad y seguridad del paciente

One Renaissance Boulevard  
Oakbrook Terrace, IL 60181

### Departamento de Salud Pública de Connecticut

(800) 828-9769  
dph.fliscomplaint@ct.gov



**firstchc.org**

**EAST HARTFORD - MANCHESTER - VERNON**

Atención primaria | Dental | Salud conductual | Pediatría | Podología Salud de la mujer/Obstetricia | Enfermedad infecciosa | Geriatría | Quiropráctica  
Optometría | Nutrición | Centros Médicos Basados en la Escuela | SNAP  
Oficina Dental Móvil | Padres como docentes | Coordinación de atención  
Farmacia 340B | Servicios LGBTQ+ | Servicios de laboratorio

*First Choice Health Centers, Inc. es un beneficiario del Programa de Centro de Salud bajo 42 USC 254b y se considera un empleado del Servicio de Salud Pública bajo 42 USC 233(g)-(n). Este centro de considera FTCA*