

Your Rights:

You have certain rights with respect to your personal health information. This section of our notice describes your rights and how to exercise them:

Right to Inspect and Copy: You have the right to inspect and copy the personal health information in your medical and billing records, or in any group of records that we maintain and use to make health care decisions about you.

To inspect and copy your personal health information, you must submit your request in writing to our privacy contact person identified on the first page of this notice. If you request a copy of the information, we may charge a fee for the copying and mailing costs, and for any other costs associated with your request.

We may deny your request to inspect and copy in certain very limited circumstances. If your request is denied, you may request that the denial be reviewed. We will designate a licensed health care professional to review our decision to deny your request. The person conducting the review will not be the same person who denied your request. We will comply with the outcome of the review.

Right to Amend: If you feel that the health information we maintain about you is incorrect or incomplete, you may ask us to amend the information. You have the right to request an amendment for any information we maintain about you. To request an amendment, your request must be made in writing, submitted to our privacy contact person identified on the first page of this notice, and must be contained on one piece of paper legibly handwritten or typed. In addition, you must provide a reason that supports your request for an amendment.

We may deny your request for an amendment if it is not in writing or does not include a reason to support the request. In addition, we may deny your request if you ask us to amend information that:

- was not created by us, unless the person or organization that created the information is no longer available to make the amendment.
- is not part of the health information kept by or for the Cornell Scott-Hill Health Corp.
- is not part of the information which you would be permitted to inspect or copy, or
- we believe is accurate and complete.

Any amendment we make to your health information will be disclosed to the health care professionals involved in your care and to others to carry out payment and healthcare operations, as we previously described in this notice.

Right to Receive an Accounting of Disclosures: You have the right to receive an accounting of certain disclosures of your health information that we made. Any accounting will not include all disclosures that we make. For example, an accounting will not include disclosures:

- pursuant to your written authorization
- to a family member, other relative, or personal friend involved in your care or payment for your care when you have given us permission to do so
- to law enforcement officials

To request an accounting of disclosures, you must submit your request in writing to our privacy contact person identified on the first page of this notice. Your request must state a time period, which may not be more than six (6) years and may not include dates before April 15, 2003. The first list you request within a 12-month period will be free. For additional lists, we may charge you for the costs of providing the list. We will notify you of the cost involved and you may choose to withdraw or modify your request at that time before any costs are incurred. We will mail you a list of disclosures in paper form within 30 days of your request, or notify you if we are unable to supply the list within that time period and by what date we can supply the list, this date will not exceed 60 days from the date you made the request.

Right to Request Restrictions: You have the right to request a restriction or limitation on the health information we use or disclose about you for treat-

ment, payment or healthcare operations. You also have the right to request a limit or restriction on the health information we have been previously authorized to disclose about you to someone who is involved in your care or the payment for your care, such as a family member or friend. For example, you may request that we do not disclose information about you to a certain doctor or other health care professional, or that we not disclose information to your spouse about certain care that you received.

We are not required to agree to your request for restrictions if it is not feasible for us to comply with your request or if we believe that it will negatively impact our ability to care for you. If we agree, however, we will comply with your request unless the information is needed to provide emergency treatment. To request a restriction, you must make your request in writing to our privacy contact person identified on the first page of this notice. In your request, you must tell us what information you want to limit and to whom you want the limits to apply.

Right to Receive Confidential Communications: you have the right to request that we communicate with you about health matters in a certain way. For example, you can ask that we only contact you at work or by mail to a specified address.

To request we communicate with you in a certain way, you must make your request in writing to our privacy contact person identified on the first page of this notice. We will not ask you the reason for your request. Your request must specify how or where you wish to be contacted. We will accommodate all reasonable requests.

Right to Notification: You have the right to notify this Center if your personal health information has been breached.

Right to Paper Copy of this Notice: You have the right to receive a paper copy of this notice at any time. To receive a copy, please request it from our privacy contact person identified on the first page of this notice. You may also obtain a copy of this notice at our website, at www.hillhealthcenter.com.

Changes to this Notice: We reserve the right to change this notice and to make the changed notice effective for all of the health information that we maintain about you, whether it is information that we previously received about you or information we may receive about you in the future. Our notice will indicate the effective date on the last page. We will also give you a copy of our current notice upon request.

Complaints: If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with us or with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services. You may file a complaint by mailing us a written description of your complaint or by telling us about your complaint in person or over the telephone:

**Director of Health Information/Privacy Officer
Cornell Scott-Hill Health Center
400 Columbus Avenue
New Haven, CT 06519
203-503-3569**

Please describe what happened and give us the dates and names of anyone involved. Please also let us know how to contact you so that we can respond to your complaint. You will not be penalized for filing a complaint.

Other Uses and Disclosures of Your Protected Health Information
Other uses and disclosures of personal health information not covered by this notice or applicable law will be made only with your written authorization. If you give us your written authorization to use or disclose your personal health information, you may revoke your authorization, in writing, at any time. If you revoke your authorization, we will no longer use or disclose your personal health information for the reasons covered by your written authorization. You understand that we are unable to take back any uses and disclosures that we have already made with your authorization, and that we are required to retain our records of the care we provided to you.

Effective Date: 7/2009



NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Protection of your privacy is important to us.
Please read about your health information
privacy rights as a patient within this notice.

Cornell Scott-Hill Health Center (CS-HHC) continually strives to provide the highest possible standard of care. To help us in our efforts to continually improve our services, we invite you to report to the CS-HHC administration concerns about the quality of care you have received or the safety and cleanliness of our facilities.

To contact us by phone: 203-503-3250

Because we are accredited by the Joint Commission, a national accreditation agency, you may contact them in writing at:

One Renaissance Boulevard
Oakbrook Terrace, Illinois 60181

or by phone at (630) 792-5000



Notice of Privacy Practices

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW THIS NOTICE CAREFULLY.

For More Information, please Contact:

Catherine Pleckaitis
Director of Health Information Management and Privacy Officer
Cornell Scott-Hill Health Corporation
400 Columbus Avenue, New Haven, CT 06519
203-503-3569

Who We Are: This Notice describes the privacy practices of the Cornell Scott-Hill Health Corporation (CS-HHC), which include the privacy practice of:

- all of our doctors, nurses and other health care professionals authorized to enter information about you in your medical chart
- all of our departments, including our medical records and billing departments
- all of our health center sites, outreach programs, patient care facilities or programs operated by CS-HHC.
- all of our employees, staff, volunteers and other personnel who work for us or on our behalf.

Our Pledge: We understand that health information about you and the health care you receive is personal. We are committed to protecting your personal health information. When you receive treatment and other health care services from us, we create a record of the services that you received. We need this record to provide you with quality care and to comply with legal requirements. This notice applies to all of our records and about your care, whether made by our health care professionals or others working in this office, and tells you about the ways in which we may use and disclose your personal health information. This notice also describes your rights with respect to the health information that we keep about you and the obligations that we have when we use and disclose your health information.

We are required by law to:

- make sure that health information that identifies you is kept private
- give you this notice of our legal duties and privacy practices with respect to your personal health information
- follow the terms of the notice that is currently in effect for all of your personal health information.

How We May Use and Disclose Your Health Information

We may use and disclose your personal health information for these purposes:

Treatment: To provide you with health care treatment or services. We may disclose health information about you to the doctors, nurses, technicians, medical students and others who are involved in your care. They may work at the CS-HHC, at the hospital if you are hospitalized under our supervision, or at another doctor's office, lab, pharmacy or other health care provider to whom we may refer you for treatment, consultation, x-rays, lab tests, prescriptions or other health care services. They may also include doctors and other health care professionals who work at the CS-HHC or elsewhere who consult your care. For example, we may disclose to an emergency room doctor who is treating you for a broken leg that you have diabetes, because diabetes may affect your body's healing process.

Payment: To bill and collect payment for you, your insurance company, including Medicare and Medicaid, or other third party that may be available to reimburse us for some or all of your health care, we may also disclose health information about you to other health care providers or to your health plan so that they can arrange for payment relating to your care. For example, if you have health insurance, we may need to share information about your office visit with your health plan to pay us or reimburse you for the visit. We may also

tell your health plan about treatment that you need to obtain your health plan's prior approval or to determine whether your plan will cover the treatment.

Operations: For our day-to-day operations we may disclose information about you to other health care providers involved in your care or to your health plan for use in their day-to-day operations. These uses and disclosures are necessary to run the CS-HHC and to make sure that all of our patients receive quality care and to assist other providers and health plans in doing so as well. For example, we may use health information to review the services that we provide and to evaluate the performance of our staff in caring for you. We may also combine health information about our patients with health information from other health care providers to decide what additional services the CS-HHC should offer, what services are not needed, whether new treatments are effective, or to compare how we are doing compared to others and to see where to make improvements. We may remove information that identifies you from this set of health information so others may use it to study health care delivery without learning who our patients are.

Appointment Reminders: To contact you as a reminder that you have an appointment.

Health-related Services and Treatment Alternatives: To tell you about health-related services or recommended treatment options or alternatives that may be of interest to you. Please let us know if you do not wish us to contact you with this information, or if you wish to have us use a different address when sending this information to you.

Individuals Involved in Your Care or Payment for Your Care: We may release health information about you to a friend or family member who is involved in your health care or the person who helps pay for your care with written authorization, in emergency situations or otherwise authorized by law.

Research: Under certain circumstances, we may use and disclose health information for research purposes. For example, a research project may involve comparing the health and recovery of all patients who received one medication to those who received another medication for the same condition. All research projects, however, are subject to a special approval process. This process evaluates a proposed research project and its use of health information, trying to balance the research needs with a patient's need for privacy. Before we use or disclose health information for research, the project will be approved through this special approval process, although we disclose health information about you to people preparing to conduct a research project. For example, we may help potential researchers look for patients with specific health needs, as long as the health information they review does not leave our facility. We will always ask for your specific permission if the researcher will have access to your name, address, or other information that reveals who you are or will be involved in your care.

Organ or Tissue Donation: If you are an organ donor, we may disclose your health information to organizations that handle organ procurement or organ, eye or tissue transplantation or to an organ donation bank, as necessary to facilitate organ or tissue donation and transplantation.

As Required by Law: When required to do so by federal, state, or local law.

To Avert a Serious Threat to Health or Safety: When necessary to prevent a serious threat to your safety or the health and safety of the public or another person. Any disclosure, however, would only be to someone able to help the imminent threat.

Military and Veterans: If you are a member of the armed forces or separated/discharged from military services, we may release health information as required by military command authorities or the Department of Veteran Affairs as applicable. We may also release information about foreign military personnel to the appropriate foreign military authorities.

Workers' Compensation: For workers' compensation or similar programs, with written authorization. These programs provide benefits for work-related injuries or illness.

Public Health Activities: These activities generally include:

- to prevent or control disease, injury or disability
- to report births and deaths
- to report child abuse or neglect
- to report reactions to medications or problems with products
- to notify people of recalls of products
- to notify a person who may have been exposed to a disease or may be at risk of contracting or spreading a disease or condition
- to notify the appropriate government authority if we believe a patient has been the victim of abuse or neglect. We will only make this disclosure if you agree or when required or authorized by law.

Health Oversight Activities: For activities authorized by law, which include audits, investigations, inspections and licensure. These activities are necessary for the government to monitor the health care system, government programs and compliance with civil rights laws.

Lawsuits and Disputes: In response to a court or administrative order, in response to a subpoena, discovery request or other lawful process that is not accompanied by a court or administrative order, but only if efforts have been made to obtain an order to protect the information requested, or you have given written authorization to the person requesting the information.

Law Enforcement: If asked to do so by law enforcement officials:

- in response to a court order, subpoena, valid search warrant, or similar process
- about criminal conduct at the CS-HHC
- in emergency circumstances to report a crime, the location of the crime or victim, or the identity, description or location of the person who committed the crime.

Coroners, Health Examiners and Funeral Directors: This may be necessary, for example, to identify a deceased person or determine the cause of death. Also, funeral directors may need information to carry out their duties.

National Security and Intelligence Activities: To authorized federal officials for intelligence, counterintelligence and other national security activities authorized by law.

Protective Services for the President and Others: To authorized federal officials so they may provide protection to the President, other authorized persons or foreign heads of state or conduct special investigations.

Psychiatric Records and Communications: In the event that information released constitutes privileged psychiatric-patient communications, the confidentiality of this record is required under chapter 899 of the Connecticut General Statutes. This material shall not be transmitted to anyone without written authorization as provided in the aforementioned statutes.

Drug and Alcohol Abuse Records: In the event that information is protected by the Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records regulations. This information has been disclosed to you from records protected by federal confidentiality rules (42 CFR Part 2). The Federal rules prohibit you from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 CFR Part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose. The Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.

HIV Related Information: In the event that the information released constitutes confidential HIV-related information protected under Connecticut law. This information has been disclosed to you from records whose confidentiality is protected by state law. State law prohibits you from making any further disclosure of it without the specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by state law. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose.

Sus Derechos:

Usted tiene ciertos derechos respecto a su información de salud personal. Esta sección de nuestro aviso describe sus derechos y como ejercerlos.

Derecho de Inspeccionar y Copiar: Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar la información de salud personal en su registro médico y de pagos, o en cualquier otro grupo de registros que nosotros mantenemos y usamos para tomar decisiones de cuidado de salud acerca de usted.

Para inspeccionar y copiar información de salud personal, usted debe someter un pedido por escrito a nuestro personal de contacto de privacidad identificada en la primera página de este aviso. Si usted pide una copia de la información, nosotros podemos cobrar por las copias y por el costo de correo, y por cualquier otro costo asociado con su pedido.

Podemos negar su pedido para inspeccionar y copiar en ciertas limitadas circunstancias. Si su pedido es negado, usted puede pedir que sea revisado, nosotros asignaremos a un profesional licenciado de salud para revisar nuestra decisión de negar su pedido. La persona conduciendo esta revisión no será la misma persona que le negó su pedido. Nosotros cumpliremos con los resultados de esta revisión.

Derecho de Enmendar: Si usted cree que la información de salud que nosotros mantenemos acerca de usted es incorrecta o incompleta, usted puede pedir que nosotros enmendemos la información. Usted tiene derecho a pedir una enmienda para la información que mantenemos de usted. Para pedir una enmienda, su pedido debe ser hecho por escrito, sometido a nuestra persona de contacto de privacidad identificada en la primera página de este aviso, y su contenido debe ser en papel escrito a mano o maquina y que sea legible. Además, usted debe proporcionar una razón que sostiene su pedido para una enmienda.

Podemos negar su pedido para una enmienda, si está no esta en escrito, o no incluye una razón para sostener el pedido. Además, nosotros podemos negar su pedido si usted nos pide que hagamos una enmienda de información que:

- no fue creada por nosotros, amemos que la persona o organización que creó la información ya no este disponible para hacer correcciones
- no es parte de la información de salud mantenida por la Corporación Hill Health
- no es parte de la información de salud la cual usted puede ser permitido a inspeccionar y copiar, o
- nosotros creemos que es segura y completa.

Cualquier enmienda que nosotros hacemos a su información de salud, esta será ofrecida a su profesional de salud que este implicado en su cuidado, y a otros para pagos o operaciones de cuidado de salud, como previamente descrito en este aviso.

El Derecho de Recibir una Contabilidad de la Revelación: Usted tiene derecho a recibir contabilidad de ciertas revelaciones de su información de salud que nosotros hagamos. Cualquier contabilidad no incluirá todo lo que nosotros revelamos. Por ejemplo, una contabilidad no incluirá revelaciones:

- conforme a su autorización escrita
- a miembros de familia, otros familiares, o amistades personales que impliquen en el pago de usted por su cuidado cuando usted nos de permiso
- a oficiales de sanción

Para pedir una contabilidad de revelaciones usted debe someter su pedido por escrito a nuestro personal de contacto de privacidad identificada en la primera página de este aviso. Su pedido debe indicar un periodo de tiempo el cual no deber ser mas de seis (6) años y no deber incluir días antes del 15 de Abril del 2003. La primera lista que usted pida dentro de un periodo de 12 meses será gratis. Listas adicionales, podemos cobrarle a usted por el costo de proveerle la lista. Nosotros le avisaremos del costo que implique y usted puede escoger si darse de baja o modificar su pedido en ese momento antes que ningún costo sea aplicado. Le enviaremos una lista de revelaciones en papel dentro de 30 días después de su pedido, o le notificaremos a usted si no podemos darle la lista en ese periodo de tiempo y en que día podemos darle la lista; este día no pasara mas de 60 días de la fecha del pedido.

Favor describa lo que pasó y darnos la fecha Derecho a Solicitar Restricciones: Usted tiene derecho a pedir restricciones o limitaciones en la información de salud que usemos o revelemos acerca de usted para tratamiento, pagos o operaciones de cuidado de salud. Usted también tiene derecho a pedir

un limite en la información de salud que previamente fuimos autorizados, para revelar acerca de usted a alguien que este implicado en su cuidado o pague por su cuidado, tales como miembros de familia o amistades. Por ejemplo, usted puede pedir que no revelemos información acerca de usted a ciertos médicos u otro profesional de cuidado de salud, o que no revelemos información a su esposo (a) acerca de ciertos cuidados que usted recibió.

Nosotros no estamos requeridos a estar de acuerdo con su pedido para restricciones, si no es posible para nosotros conformar con su pedido o si creemos que impacta negativamente la habilidad del cuidado de usted. Si nosotros acordamos con usted, por lo tanto, nosotros cumpliremos con su pedido a menos que la información sea necesitada para proporcionar tratamiento de emergencia. Para pedir una restricción, usted deber hacer su pedido por escrito a nuestra persona de contacto de privacidad identificada en la primera página de este aviso. En su pedido, usted nos debe decir qué información usted quiere que se limite y a quien usted quiere aplicar estos límites.

El Derecho de Recibir Comunicación Confidencial: Usted tiene el derecho de solicitar que le comuniquemos acerca de cuestiones de salud en cierta manera. Por ejemplo, usted puede pedir que nosotros solo le avisemos en su trabajo o por correo o dirección específica.

Para solicitar que nos comuniquemos con usted en cierta manera, usted debe hacer su pedido por escrito a nuestra persona de contacto de privacidad identificada en la primera página de este aviso. Nosotros no le preguntaremos la razón para su pedido. Su pedido debe especificar como o donde usted desea ser avisado. Acomodaremos todos los pedidos razonables.

Derechos de Notificación: Usted tiene el derecho de notificar a este Centro si su información de salud personal ha sido violada.

El Derecho a una Copia en Papel de este Aviso: Usted tiene el derecho de recibir una copia en papel en cualquier momento. Para recibir una copia, favor de pedirlo a la persona de contacto de privacidad identificada en la primera página de este aviso. Usted puede también obtener una copia de este aviso en nuestra página de internet: www.hillhealthcenter.com.

Cambios a este Aviso: Reservamos el derecho de cambiar este aviso, y para hacer el cambio de aviso efectivo para toda la información de salud que mantenemos acerca de usted. Ya sea información previa acerca de usted o información que recibamos acerca de usted en el futuro. Nuestro aviso indicará la fecha de vigencia en la última página. También le daremos una copia de nuestro aviso actual cuando lo pida.

Querrela: Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede hacer su querrela con nosotros o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Usted puede someter una querrela por correo con descripción de su querrela o decimos en persona o por teléfono:

**Director de Información de Salud /Oficial de Privacidad
Centro Hill Health
400 Columbus Avenue, New Haven, CT 06519
203-503-3569**

y nombres de cualquier persona implicada. Favor de dejarnos saber como comunicarnos con usted, para poder responder a su querrela. Usted no será penalizado por someter una querrela.

Otros Usos y Revelaciones de su Información Protegida de Salud:

Otros usos y revelaciones de su información personal de salud no cubiertos en este aviso o aplicables por ley, se harán solo con su autorización escrita. Si usted nos da autorización por escrito para usar o revelar su información personal de salud, usted puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento. Si usted revoca su autorización nosotros no usaremos o revelaremos información personal de salud de usted, siguiendo las razones cubiertas en su autorización por escrito. Usted entiende que no podemos dar atrás cualquier revelación ya hecha por su autorización, y que estamos requeridos a retener nuestros registros del cuidado que hemos proporcionado a usted.

Fecha Efectiva 7/2009



Cornell Scott
Hill Health
Corporation

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

La protección de su privacidad es importante para nosotros. Favor de leer sobre sus derechos de privacidad de su salud como paciente dentro de este aviso.

El Centro Hill Health continuamente trata de proveer las mas altas normas de cuidado posible. Para ayudarnos en nuestros esfuerzos para que continuemos mejorando nuestros servicios, nosotros los invitamos a informar a la administración de HHC cualquier preocupación sobre la calidad de cuidado que haya recibido o de seguridad y limpieza de nuestras facilidades.

Para contactarnos por teléfono: 203-503-3250

Porque somos acreditados por la Joint Commission, una agencia nacional de acreditación, usted puede comunicarse en escrito al:

One Renaissance Boulevard
Oakbrook Terrace, Illinois 60181
o por teléfono al (630) 792-5000



Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION MÉDICA DE USTED PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. FAVOR DE REVISAR ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.

Para mas información, favor de comunicarse con:

Catherine Pleckaitis
Directora de Administración de Información de Salud Oficial de Privacidad
Corporación Hill Health
400 Columbus Avenue
New Haven, CT 06519
Teléfono: (203) 503-3569

Quienes Somos:

Este aviso describe las practicas privadas de la Corporación Hill Health, lo cual incluye la practicas privadas de:

- Todos nuestros médicos, enfermeras, y otros profesionales de cuidado de salud autorizado para poner información acerca de usted en su registro médico.
- Todos nuestros departamentos, incluyendo, nuestro registro médico y departamento de cuentas.
- Todos nuestros centros de salud y programas de alcance facilidades de cuidado al paciente o programas operados por la Corporación Hill Health.
- Todos nuestros empleados, voluntarios y otro personal que trabaje en nuestra representación.

Nuestro Compromiso:

Nosotros entendemos que la información de salud acerca de usted y el cuidado médico que usted recibe es personal. Nosotros estamos comprometidos a proteger su información personal de salud. Cuando usted recibe tratamiento y otro cuidado de salud de nosotros. Nosotros hacemos un registro del servicio que usted recibió. Nosotros necesitamos este registro para proveerle a usted con cuidado de calidad y para cumplir con requisitos legales. Este aviso es aplicado a todos nuestros registros acerca de su cuidado. Ya sea hecho por nuestros profesionales de cuidado de salud u otro que trabaje en esta oficina, y le dice acerca de las formas en que nosotros podemos usar y revelar su información personal de salud. Este aviso también describe sus derechos con respecto a la información de salud que mantenemos de usted y las obligaciones que tenemos cuando usamos o revelamos su información de salud.

La ley requiere que nosotros:

- estemos seguros que la información de salud que lo identifica a usted, se mantenga privada,
- le demos este aviso de nuestras obligaciones y prácticas privadas respecto a su información personal de salud
- siga los términos del aviso que actualmente esta en efecto, para toda información de salud personal.

Como Podemos Usar y Revelar Su Información de Salud:

Nosotros podemos usar y revelar su información personal de salud para los siguientes propósitos:

Para Tratamiento: Para proveer a usted con tratamiento de cuidado médico o servicios. Podemos revelar información de salud acerca de usted a los médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes médicos y otros que estén implicados en su cuidado. Ellos pueden trabajar en la Corporación Hill Health, el hospital si usted esta hospitalizado bajo nuestra supervisión, o en otra oficina médica, laboratorio, farmacia u otro proveedor de cuidado médico al cual podemos referirlo a usted para tratamiento, consulta, radiografía, pruebas de laboratorio, prescripciones u otro servicio de cuidado de salud. Esto puede incluir médicos y otros profesionales de cuidado de salud que trabajan en la Corporación Hill Health o en otro lugar donde podemos consultar acerca de su cuidado. Por ejemplo, podemos revelarle a un médico de sala de emergencia que lo este tratando a usted por una pierna rota, que usted tiene diabetes, porque la diabetes puede afectar el proceso de recuperación de su cuerpo.

Para Pagos: Para cobrar y colectar pagos de usted, su compañía de seguro, incluyendo Medicaid y Medicare, u otras terceras personas que estén disponibles a reembolsarnos por algunos o todo su cuidado médico. Nosotros también podemos revelar información de salud acerca de usted a otros proveedores de cuidado de salud o su plan de salud para que ellos lleguen a un acuerdo de

pago relacionado con su cuidado. Por ejemplo, si usted tiene seguro médico, nosotros necesitaremos compartir información acerca de su visita con su plan de salud para lograr que su plan de salud pueda pagarnos, o reembolsarle a usted por la visita. Nosotros también le diremos a su plan de salud acerca del tratamiento que usted necesita para obtener la aprobación de su plan de salud o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

Para Operaciones de Cuidado de Salud: Para nuestras operaciones diarias y revelaremos información acerca de usted a otros proveedores de salud que implican en su cuidado, o a su plan de salud para sus operaciones diarias. Estos usos y declaraciones son necesarias para dirigir la Corporación Hill Health y asegurar que todos nuestros pacientes reciban calidad de cuidado, y asistir a otros proveedores y planes de salud para lograr esto igualmente. Por ejemplo, nosotros podemos usar información de salud para revisar el servicio que proveemos y para evaluar la acción de nuestros empleados con su cuidado. Nosotros también podemos combinar información de salud acerca de nuestros pacientes con información de salud de otros proveedores para decidir que otros servicios adicionales la Corporación Hill Health debe ofrecer, y que servicios no son necesarios, si nuevos tratamientos son efectivos o para comparar como estamos con otros y para ver donde podemos mejorar. Nosotros podemos remover información que lo identifica a usted de este grupo de información de salud para que otros puedan usarlo para estudiar como ofrecer cuidado de salud sin saber quienes son nuestros pacientes.

Recordatorio de Citas: Para contactarle y recordarle que usted tiene cita en la Corporación Hill Health.

Servicios Relacionados de Salud y Alternativas de Tratamiento: Para decirle a usted acerca de servicios relacionados de salud o recomendar opciones de tratamientos o alternativas que puedan ser de interés para usted. Favor de dejarnos saber si usted no desea que nosotros nos comuniquemos con usted con esta información, o si usted desea que nosotros usemos una dirección diferente cuando le enviemos esta información a usted.

Individuos que Impliquen en su Cuidado o Pagos por su Cuidado: Nosotros podemos revelar información acerca de usted a amistades, o miembros de familia que estén implicados en su cuidado de salud, o a personas que ayudan a pagar por su cuidado con una autorización escrita por usted, o en situaciones de emergencia, o autorizado de otro modo por ley.

Investigación: Bajo ciertas circunstancias, nosotros podemos usar y revelar información de salud acerca de usted, con propósito de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede envolver comparaciones de salud y recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento, o aquellos que recibieron otro para la misma condición. Todos los proyectos de investigación, sin embargo, están sujetos a un proceso de aprobación. Este proceso evalúa el proyecto de investigación propuesto y el uso de información de salud, para tratar de balancear la investigación con la necesidad de mantener la privacidad del paciente. Antes que nosotros usemos o revelemos información de salud para investigación, el proyecto debe estar aprobado por medio de este proceso de aprobación especial. Por lo tanto nosotros podemos revelar información de salud acerca de usted a personas preparando el manejo de un proyecto de investigación. Por ejemplo, nosotros podemos ayudar a investigadores potenciales a buscar a los pacientes con especificas necesidades de salud, siempre y cuando la información de salud que sea revisada no sea sacada de nuestras facilidades. Nosotros trataremos casi siempre de pedir permiso en específico si el investigador tuviera que tener acceso a su nombre, dirección, u otra información que revela quien es usted o si estará envuelto en su cuidado.

Donación de Órganos y Tejidos: Si usted es donante de órganos, nosotros revelaremos información de salud acerca de usted a organizaciones que manejan obtención de órganos o transplante de órganos, ojos y de tejidos, o a un banco de donaciones. Como sea necesario para facilitar donación de órganos o tejidos y transplante.

Como es Requerido por Ley: Cuando sea requerido por la ley federal, estatal o local.

Para Prevenir una Amenaza Seria de Salud o Seguridad: Cuando sea necesario para prevenir serias amenazas a su salud y seguridad, o la salud y seguridad del publico, u otra persona. Cualquier revelación, en todo caso, solamente será a una persona capaz de ayudar a prevenir una amenaza inminente.

Militares y Veteranos: Si usted es un miembro de las fuerzas armadas o separado/despedido de servicios militares, nosotros podemos revelar información de salud acerca de usted como es requerido por autoridades de comando militar, o por el departamento de acción de veteranos si es aplicable. Nosotros también podemos revelar información de salud acerca de personal

militar extranjero, a las autoridades apropiadas militares extranjeras.

Compensación de Trabajadores: Para compensación de trabajo o programas similares, con autorización escrita. Estos programas ofrecen beneficios por daños relacionados con trabajo o enfermedad.

Actividades de Salud Publica: Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:

- para prevenir o controlar enfermedades, daños o incapacidad
- reportar nacimientos y muertes
- para reportar abuso de niños o descuido
- para reportar reacción a medicamentos o problemas con productos
- para notificar a personas de productos que se tienen que devolver/retirar
- para notificar a una persona que pudo haber estado expuesto a una enfermedad o puede estar a riesgo de contraer o de propagar una enfermedad o condición.
- para notificar la autoridad de gobierno apropiado si nosotros creemos que el paciente a sido la victima de abuso o descuido. Nosotros solamente haremos esta revelación si usted esta de acuerdo o cuando sea requerido y autorizado por ley.

Actividades de Supervisión de Salud: Para actividades autorizadas por ley, que incluyen auditorías, investigaciones, inspecciones y certificaciones. Estas actividades son necesarias para el gobierno manejar el sistema de cuidado de salud, programas de gobierno y cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Demandas y Disputas: En respuesta a una orden de corte u orden administrativa, a una citación, la cual requiere descubrimiento, u otro proceso legal que este acompañado por orden de corte, o administrativa, pero solamente si se han hecho esfuerzos para obtener una orden para proteger la información requerida, o que usted a dado autorización por escrito a las personas pidiendo la información.

Aplicación de Ley: Si es pedido por un oficial de aplicaciones de leyes.

- respondiendo a una orden de corte, citación, válida pesquisa autorizada, o similar proceso
- acerca de conducta criminal en la Corporación Hill Health
- en circunstancias de emergencia para reportar un crimen, el lugar del crimen o victimas, o la identidad, descripción o lugar donde esta la persona que cometió el crimen

Médico Forense, Examinadores de Salud y Directores de Funerarias: Nosotros podemos revelar información de salud acerca de nuestros pacientes a un médico forense o examinador de salud. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona muerta o determinar la causa de muerte. Nosotros también podemos revelar información de salud a directores de funerarias cuando sea necesario para ellos llevar a cabo su trabajo.

Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia: A oficiales federales autorizados de inteligencia, y otras actividades de seguridad nacional autorizada por ley.

Servicios de Protección para el Presidente y Demás: A oficiales federales autorizados para que ellos puedan proveer protección al presidente, otra persona autorizada o líderes extranjeros o conducir investigaciones especiales.

Registros Psiquiátricos y Comunicación: En caso que la información ofrecida constituya privilegio psiquiátrico-comunicación de paciente, lo confidencial de este registro es pedido bajo el capitulo 899 del reglamento general de Connecticut. Este material no deberá ser transmitido a nadie sin autorización escrita como es descrito en el reglamento mencionado.

Registro Abuso de Substancia y Alcohol: En caso que la información revelada sea protegida por el Regulaciones de Registro Confidencial de Paciente de Abuso de Sustancia y Alcohol: Esta información ha sido revelada a usted de registros protegidos por reglas Federales de Confidencialidad (42 CFR parte 2). Las reglas Federales le prohíben a usted de hacer otras revelaciones de esta información, a menos que mas revelaciones sean expresamente permitidas por un consentimiento escrito de la persona a la cual se refiere, o como de otra manera sea permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general por la revelación de información médica, u otra NO es suficiente para este propósito. Las reglas Federales restringen cualquier uso de esta información, para investigar o procesar cualquier paciente con abuso de sustancia y alcohol.

Información Relacionada al VIH: En caso de que la información revelada constituya con información confidencial relacionada con VIH protegida bajo leyes de Connecticut: Esta información ha sido revelada a usted de registros los cuales la confidencialidad es protegida bajo leyes estatales: Leyes del Estado prohíben a usted de hacer cualquier otra revelación de esto, sin el consentimiento específico escrito de la persona a la cual le pertenece, o de otra manera permitido por dicha ley. Una autorización general para revelar información médica u otra información NO es suficiente para este propósito.