



HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

227 E. Chestnut Expressway, Springfield, MO 65802

Revised 10/2022

I. This Notice Describes How Medical Information About You May Be Used and Disclosed and How You Can Get Access to This Information. PLEASE REVIEW CAREFULLY

II. We Have A Legal Duty to Safeguard Your Protected Health Information (PHI):

What is Protected Health Information (PHI) is individually identifiable health information that is transmitted or maintained in any form or medium by the Springfield-Greene County Health Department. It includes demographic/registration information (ex. address, telephone number, date of birth, citizenship, SSN, spouse/partner/relative names) and any medical information that relates to past, present, or future physical or mental health conditions of an individual and/or the past, present payment for the provision of healthcare to an individual that identifies or could be reasonably used to identify an individual. Examples of medical information may include medical records, photos, videotapes, diagnostic/therapeutic reports, laboratory/pathology samples, patient business records (such as insurance information or bills for service), verbal information provided by or about a patient, and/or visual observations of clients receiving care or accessing services. We are legally required to protect the privacy of your health information. We must provide you with this notice about our privacy practices that explains how, when and why we use and disclose your PHI. With some exceptions, we may not use or disclose any more of your PHI than is necessary to accomplish the purpose of the use or disclosure. We are legally required to follow the privacy practices that are described in this notice.

The term "information" or "health information" in this notice includes any information we maintain that reasonably can be used to identify you and that relates to your physical or mental health condition, the provision of health care to you, or the payment for such health care.

III. How We May Use and Disclose Your Protected Health Information (PHI):

We use and disclose health information for different reasons. For some of these uses or disclosures, we need your specific authorization. Below, we describe the different categories of our uses and disclosures and give you some examples of each category.

A. A. Uses and Disclosures Relating to Treatment, Payment, or Health Care Operations:

We may use and disclose your PHI for the following reasons:

- 1. For Treatment:** We may disclose your PHI to physicians, nurses, medical students, and other health care personnel who provide you with health care services or are involved in your care. For example: we may disclose information to physicians or hospitals to help them provide medical care to you.
- 2. To Obtain Payment for Treatment:** We may use and disclose your PHI in order to get paid for your treatment and services, to determine your coverage, and to process claims for health care services you receive, including coordination of other benefits you may have. For example: we may provide portions of your PHI to our billing section and your health plan to get paid for the health care services that we provided to you; we may also provide your PHI to our business associates, such as billing companies, claims processing companies, and others that process our health care claims.
- 3. For Health Care Operations:** PHI may be used and shared for internal operations. The Health Department may need to use and share this information to run its programs and make sure that all patients receive quality care. For example: health information may be used to review treatment and services and to check on the care you receive from health department staff. This information may be used to decide what additional services should be offered, what services are needed and whether certain processes are effective.
- 4. For Reminders and Other Information:** We may use your health information to contact you to remind you about appointments and to give you information on health-related issues and services.

B. Certain Uses and Disclosures Do Not Require Your Authorization:

We may use and disclose your PHI without your authorization/permission for the following reasons:

- 1. Required by Federal, State, or Local Law, Judicial or Administrative or Law Enforcement:** We may use or disclose your health information when and to the extent we are required by law to do so. For example, we make disclosures when law requires that we report information to government agencies and law enforcement personnel. This may be in response to a court order, subpoena, warrant or similar process.
- 2. For Public Health Activities:** We may disclose your health information for public health purposes to a public health authority that is legally authorized to collect or receive your health information for the purpose of preventing or controlling disease, injury or disability, including but not limited to the reporting of disease, births and deaths.
- 3. For Health Oversight Activities:** We may provide your health information to a health oversight agency for activities authorized by law such as audits, investigations, licensing, and inspections. For example: we will provide information to assist the government when it conducts an investigation or inspection of a health care provider or organization.
- 4. For Research Purposes:** In certain circumstances, we may use or disclose health information for research purposes only, after a special approval process that protects patient safety and confidentiality.
- 5. Reporting Abuse:** When required by law, we may disclose to authorities the health information of anyone who we reasonably believe is a victim of abuse or neglect.
- 6. Breach Notification:** We may use your contact information and other health information to investigate and provide you or government authorities with any legally-required notice of an unauthorized acquisition, use, or disclosure of or possible access to your information.

C. All Other Uses and Disclosures Require Your Prior Written Authorization: In any situation not described above, we will not use or disclose any of your health information unless you sign a written authorization that gives us permission to do so. If you sign an authorization and later change your mind, you can let us know in writing. This will stop any future uses and disclosures of your information but will not require us to take back any information we already disclosed.

We do not market or sell your health information.

IV. What Rights You Have Regarding Your Protected Health Information(PHI):

You have the following rights with respect to your PHI:

- A. The Right to Request Restrictions on Certain Uses and Disclosures of Your PHI:** You have the right to ask that we limit how we use and disclose your PHI. We will consider your request but are not legally required to accept it. If we accept your request, we will put any restrictions in writing and abide by them except in an emergency.
- B. The Right to Receive Confidential Communications of Your PHI:** You have the right to request that we communicate with you in certain ways (such as by letter or phone) or at a certain location. For example: you may ask that we only contact you at home or at work. Your request must be in writing and specify how or where you wish to be contacted. We will accommodate reasonable requests.
- C. The Right to Inspect and Obtain Copies of Your PHI:** In most cases, you have the right to inspect or obtain copies of your PHI that we have, but you must make the request in writing. Proof of identity is required. We will respond to you within 60 days after receiving your written request. In certain situations, we may deny your request. If we do, we will tell you, in writing, our reasons for the denial and explain your right to have the denial reviewed. If you request copies of your PHI, we will charge you a fee for copying and for each page according to the fee for Medical Records per Section 191.227, RSMO. Instead of providing the PHI you requested, we may provide you with a summary or explanation of the PHI if you agree to that and to the cost in advance.
- D. The Right to Obtain an Accounting of Disclosures of Your Health Information:** You have the right to get an accounting of instances in which we have disclosed your PHI. The list will not include uses or disclosures that you have already consented to, such as those made for treatment, payment, or health care operations, directly to you, to your family, or in our facility directory. Your request may cover any disclosures made in the six years before the date of your request. We will respond within the 60 days of receiving your request. The list we will give you will include disclosures made in the last six years unless you request a shorter time. The list will include the date of the disclosure, to whom PHI was disclosed (including their address, if known), a description of the information disclosed, and the reason for the disclosure. We will provide the list to you at no charge, but if you make more than one request in the same year, we will charge you a fee for each additional request.
- E. The Right to Amend Your PHI:** If you believe that there is a mistake in your PHI or that a piece of important information is missing, you have the right to request that we correct the existing information or add the missing information. You must provide the request and your reason for the request in writing. We will respond within 60 days of receiving your request. We may deny your request in writing if the PHI is any one of the following:
1. Correct and complete
 2. Not created by us
 3. Not allowed to be disclosed
 4. Not part of our records
- Our written denial will state the reasons for the denial and explain your right to file a written statement of disagreement regarding the denial. If you do not file one, you have the right to request that your request and our denial be attached to all future disclosures of your PHI. If we approve your request, we will make the change to your PHI, tell you that we have done it, and tell others that need to know about the change to your PHI.
- F. The Right to Get This Notice by Email:**
You have the right to get a copy of this notice by email. Even if you have agreed to receive notice via email, you also have the right to request a paper copy of this notice.

- V. Complaints Regarding Your Protected Health Information (PHI):** If you think that we may have violated your privacy right, or you disagree with a decision we made about access to your PHI, you may file a complaint with our Privacy Officer listed below or with the Department of Health & Human Services. If a complaint is made, we will not take retaliatory action against you.

Springfield-Greene County Health
Privacy Officer
227 E Chestnut Expressway
Springfield, MO 65802
417-864-1658

Missouri Department of Health and Senior Services
Privacy Officer
912 Wildwood
PO Box 570
Jefferson City, MO 65102-0570

VI. Effective Date of This Notice:

notice went into effect on April 13, 2003.

***Amended 11/29/2019





PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA

227 E. Chestnut Expressway, Springfield, MO 65802

Revisado 01/2023

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. Revísela con cuidado.

SUS DERECHOS

Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

SUS OPCIONES

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Le contamos a su familia y amigos sobre su estado personal.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Lo incluimos en un directorio hospitalario.
- Proporcionamos atención médica mental.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.
- Recaudamos fondos.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Lo atendemos.
- Dirigimos nuestra organización.
- Facturamos por sus servicios.
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones médicas.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

SUS DERECHOS

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

Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitarnos que corrijamos su historial médico

- Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

Solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

SUS OPCIONES

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos. Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

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

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.
- La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Tratamiento

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

Facturar por sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.

Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica? Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
- Prevención de enfermedades.
- Ayuda con el retiro de productos del mercado.
- Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
- Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

Realizar investigaciones médicas

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

Cumplir con la ley

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

Trabajar con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
 - En reclamos de compensación de trabajadores.
 - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
 - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
 - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.