



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 it carefully.

Privacy Promise

We understand that your medical and health information is personal. Protecting your health information is important. We follow strict federal and state laws that require us to maintain the confidentiality of your health information. The laws and regulations include, but are not limited, to the following: Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA Privacy and Security Rule); Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act (HITECH); Illinois AIDS Confidentiality Act (410 ILCS/).

How We Use Your Health Information

When you receive care/services from us, we may use your health information for treating you, billing for services, and conducting our normal business known as health care operations. Examples of how we use your information include:

Treatment – We keep records of the care and services provided to you. Health care team members use these records to deliver quality care to meet your needs. For example, your provider may share your health information with a specialist who will assist in your treatment. Some health records, including some confidential communication with a mental health professional and some substance abuse records, may have additional restrictions on their use and disclosure under state and federal laws.

Payment – We keep billing records that include payment information and documentation of the services provided to you. Your information may be used to obtain payment from you, your insurance company, or other third party entity. We may also contact your insurance company to verify coverage for your care or to notify them of upcoming services that may need prior notice or approval. For example, we may disclose information about the services provided to you to claim and obtain payment from your insurance company, Medicaid or Medicare.

Health Care Operations – We use health information to conduct required business duties, improve the quality of care, train staff and student interns, provide customer service, manage costs, and make plans to better serve our patients/clients. For example, we may use your health information to evaluate the quality of treatment and services provided by our providers, nurses, medical assistants and other care/support services team members.

We may also use your health information to:

- Recommend treatment alternatives;
- Tell you about health services and products that may benefit you;
- Share information with family or friends involved in your care or payment for your care, when appropriate;
- Share information with third parties/business associates who assist us with treatment, payment, and health care operations. Our business associates must also protect your information by following privacy practices;
- Remind you of an appointment or services (if you do not wish to be reminded, please notify the scheduler/team member);
- Contact you for fundraising purposes. You have the right to opt out of receiving such communication. If you do not wish to participate, please notify our QA/Compliance Office.

More Information

For more information about our practices and your rights described in this notice:

- Visit our website at www.cchc-online.org; or
- Contact our QA/Compliance Office at the phone number and address listed on the other side of this notice.

Our Privacy Responsibilities

We are required by law to:

- Maintain the privacy of your protected health information (PHI);
- Provide this notice that describes the ways we may use and share your health information;
- To notify you if your PHI is subject to a breach; and
- Follow the terms of the notice currently in effect.

We reserve the right to make changes to this notice at any time and make the new privacy practices effective for all information we maintain. Current notices will be posted in our office. You may also request a copy of any notice from our QA/Compliance Office*.

Sharing Your Health Information

There are limited situations when we are permitted or required to disclose health information without your signed authorization. These situations are:

- For public health purposes such as reporting communicable diseases, work-related illnesses, or other diseases and injuries permitted by law; reporting births and deaths; and reporting reactions to drugs and problems with medical devices;
- To protect victims of abuse, neglect, or domestic violence;
- For health oversight activities such as investigations, audits, and inspections;
- For lawsuits and similar proceedings;
- When otherwise required by law;
- When requested by law enforcement as required by law or court order;

- To coroners, medical examiners, and funeral directors;
- For organ and tissue donation;
- For research approved by our review process under strict federal guidelines;
- To reduce or prevent a serious threat to public health and safety;
- For workers' compensation or other similar programs if you are injured at work; and
- For specialized government functions such as intelligence and national security.

All other uses and disclosures, not described in this notice, require your signed authorization. You may revoke your authorization at any time with a written statement.

Your Individual Rights

You have the right to:

- Request restrictions on how we use and share your health information*. We will consider all requests for restrictions carefully but are not required to agree to any such restriction request;
- Request that we use a specific telephone number or address to communicate with you;
- Request to inspect and copy your health information, including medical and billing records*. Fees may apply. Under limited circumstances, we may deny you access to a portion of your health information and you may request a review of the denial;
- Request a copy of your electronic medical records in electronic form*;
- Request corrections or additions to your health information*;

- Request an accounting of certain disclosures of your health information made by us*. The accounting does not include disclosures made for treatment, payment, and health care operations and some disclosures required by law. Your request must state the period of time desired for the accounting, which must be within the six years prior to your request and exclude dates prior to April 14, 2003. The first accounting is free but a fee will apply if more than one request is made in a 12-month period; and
- Request a paper copy of this notice even if you agree to receive it electronically.

Requests marked with a star (*) must be made in writing. Contact the Program Manager or Office of QA/Compliance for the appropriate form for your request.

Our Organization

This notice describes the privacy practices of Christian Community Health Center as well as our employees and volunteers at those facilities.

Contact Us

If you would like further information about your privacy rights, are concerned that your privacy rights have been violated, or disagree with a decision that we made about access to your health information, please contact:

- Office of QA/Compliance
Christian Community Health Center
9718 South Halsted
Chicago, IL 60628
773-233-4100

We will investigate all complaints and will not retaliate against you for filing a complaint. You may also file a written complaint with the Office of Civil Rights of the U.S. Department of Health and Human Services.



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo médico información sobre usted puede usarse y divulgarse y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor léala cuidadosamente.

Promesa de privacidad

Entendemos que su información médica y de salud es personal. Es importante proteger su información de salud. Seguimos estrictas leyes federales y estatales que nos obligan a mantener la confidencialidad de su información de salud. Las leyes y reglamentos incluyen, pero no se limitan, a los siguientes: Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA Privacy y regla de seguridad); Tecnología de la información de salud para el acto de la salud clínica y económica (HITECH); Ley de confidencialidad de SIDA de Illinois (410 ILCS /).

Cómo utilizamos su información de salud

Cuando usted recibe servicios de atención de nosotros, podemos utilizar su información médica para tratarle, facturación de servicios y nuestros negocios normal conocido como salud operaciones. Ejemplos de cómo utilizamos su información:

Tratamiento – que mantener registros de la atención y el servicio ofrecido a usted. Los miembros del equipo de atención médica utilizan estos registros para ofrecer atención de calidad a sus necesidades. Por ejemplo, su proveedor puede compartir su información médica con un especialista que le ayudará en su tratamiento. Algunos registros de salud, incluyendo algunos comunicación confidencial con un profesional de salud mental y algunos registros de abuso de sustancias, pueden tener restricciones adicionales en su uso y la divulgación bajo leyes estatales y federales.

Pago – seguimos facturación registros que incluyen información de pago y la documentación de los servicios proporcionados a usted. Su información puede usarse para obtener el pago de usted, su compañía de seguros u otra entidad de tercera parte. También nos podremos en contacto con su compañía de seguros para verificar la cobertura de su atención o para notificarles de próximos servicios que se requiera previo aviso o

aprobación. Por ejemplo, podemos divulgar información sobre los servicios prestados a usted para reclamar y obtener pagos de su compañía de seguros, Medicaid o Medicare.

Operaciones de cuidado de la salud , utilizamos información de salud para llevar a cabo tareas de negocios requiere, mejorar la calidad de la atención, capacitar personal y los estudiantes pasantes, proporcionar servicio al cliente, administrar los costos y hacer planes para servir mejor a nuestros pacientes/clientes. Por ejemplo, podemos utilizar su información de salud para evaluar la calidad de tratamiento y servicios proporcionado por nuestros proveedores, enfermeras, asistentes médicos y otros cuidados y soporte servicios de miembros del equipo.

También podemos utilizar su información de salud para:

- Recomendar alternativas de tratamiento;
- Informarle sobre los servicios de salud y los productos que pueden beneficiarse
- Compartir información con familiares o amigos involucrados en su cuidado o pago por su cuidado, en su caso;
- Compartir información con terceros/colaboradores que nos ayudan con el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Nuestros asociados de negocios también deben proteger su información por las siguientes prácticas de privacidad;
- Recordarle de una cita o servicios (si no desea ser recordado, por favor notifique a los miembros del equipo planificador);
- En contacto con usted para fines de recaudación de fondos. Usted tiene el derecho a optar por no recibir dicha comunicación. Si usted no desea participar,

por favor notifique a nuestra oficina de control de calidad y cumplimiento.

Más información

Para obtener más información acerca de nuestras prácticas y los derechos descritos en este aviso:

- Visite nuestro sitio web en www.cchc-online.org; o
- Póngase en contacto con nuestra oficina de control de calidad y cumplimiento en el número de teléfono y direcciones que aparecen en el otro lado de este aviso.

Nuestras responsabilidades de privacidad

Estamos obligados por la ley:

- Mantener la privacidad de su información de salud protegida (PHI);
- Este aviso que describe las maneras que podemos utilizar y compartir su información médica;
- Para que le notifique si su PHI está sujeta a una violación; y
- Cumplir con los términos del aviso actualmente en efecto.

Nos reservamos el derecho de realizar cambios a este aviso en cualquier momento y hacer efectiva para toda la información que mantenemos las nuevas prácticas de privacidad. Actual los avisos se publicarán en nuestra oficina. Usted puede también solicitar una copia de cualquier aviso de nuestra oficina de control de calidad y cumplimiento de normas *.

Compartir su información de salud

Hay situaciones limitadas cuando se nos permita o requiera revelar información de salud sin su autorización firmada. Estas situaciones son:

- Para fines de salud pública como información las enfermedades transmisibles,

enfermedades relacionadas con el trabajo, o enfermedades y lesiones permitidos por la ley; informes de nacimientos y muertes; y notificación de reacciones a drogas y problemas con los dispositivos médicos;

- Proteger a las víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica;
- Para actividades de supervisión de salud tales como investigaciones, auditorias e inspecciones;
- Para pleitos y procedimientos similares;
- Cuando se requiera lo contrario por la ley;
- Cuando sean solicitados por la aplicación de la ley como requerido por ley u orden judicial;
- A médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias;
- Para la donación de órganos y tejidos;
- De investigación aprobado por nuestro proceso de revisión bajo pautas federales estrictas;
- Para reducir o prevenir una amenaza grave para la salud pública y seguridad;
- Para la compensación de trabajadores u otros programas similares si usted se lesiona en el trabajo; y
- Para funciones gubernamentales especializadas como inteligencia y seguridad nacional.

Todos los demás usos y divulgaciones, no descritos en este aviso, requieren su autorización firmada. Usted puede revocar su autorización en cualquier momento con una declaración escrita.

Sus derechos individuales

Usted tiene el derecho de:

- Solicitar restricciones en cómo utilizamos y compartimos su información de salud *. Examinará cuidadosamente todas las solicitudes de restricciones pero no están obligados a aceptar tal solicitud de restricción;
- Petición que utilizar un teléfono específico o dirección para comunicarme con usted;
- Solicitud para inspeccionar y copiar su información de salud, incluyendo expedientes médicos y facturación *. Cargos pueden aplicar. En circunstancias limitadas, podemos denegar el acceso a una porción de su información médica y usted puede solicitar una revisión de la negación;
- Solicitar una copia de sus registros médicos electrónicos en forma electrónica *;
- Solicitar correcciones o adiciones a su información de salud *;
- Solicitar una contabilidad de ciertas divulgaciones de su información de salud hechas por nosotros *. La contabilidad no incluye divulgaciones hechas para tratamiento, pago y operaciones de atención médica y algunas declaraciones requeridas por la ley. Su petición debe indicar el período de tiempo deseado para la contabilidad, que debe ser dentro de los seis años anteriores a su solicitud y excluir fechas antes del 14 de abril de 2003. La primera es gratis pero un cargo se aplicará si se realiza más de una solicitud en un período de 12 meses; y
- Solicitar una copia impresa de esta notificación incluso si acepta recibirlo electrónicamente.

Marcados con asterisco (*) de las solicitudes deben hacerse por escrito. En contacto con el Gerente del programa o la oficina de control de

calidad y cumplimiento de normas para la forma apropiada para su petición.

Nuestra organización

Este aviso describe las prácticas de privacidad de Christian Community Health Center, así como nuestros empleados y voluntarios en las instalaciones.

En contacto con nosotros

Si desea más información sobre sus derechos de privacidad, están preocupados de que su privacidad los derechos han sido violados o no está de acuerdo con una decisión que hicimos sobre el acceso a su información de salud, por favor póngase en contacto con:

- **Oficina de control de calidad y cumplimiento de normas**
Christian Community Health Center
Halsted sur 9718
Chicago, IL 60628
773-233-4100

Investigará todas las quejas y no se tomará represalias contra usted para archivar una queja. También puede presentar una queja por escrito con la oficina de derechos civiles del Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos.