

**r.**

**KOHL DIRECT FAMILY CARE PLLC**

4300 S Business Highway 281

Edinburg, TX 78539

(956) 436-5400

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

As Required by the Privacy Regulations Created as a Result of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)

THIS NOTICE DESCRIBES HOW HEALTH INFORMATION ABOUT YOU (AS A PATIENT OF THIS PRACTICE) MAY BE USED AND DISCLOSED, AND HOW YOU CAN GAIN ACCESS TO YOUR INDIVIDUALLY IDENTIFIABLE HEALTH INFORMATION.

PLEASE REVIEW THIS NOTICE CAREFULLY.

**A. OUR COMMITMENT TO YOUR PRIVACY:**

Our practice is dedicated to maintaining the privacy of your individually identifiable health information (IIHI). In conducting our business, we will create records regarding you and the treatment and services we provide to you. We are required by law to maintain the confidentiality of health information that identifies you. We are also required by law to provide you with this notice of our legal duties and the privacy practices that we maintain in our practice concerning your IIHI. By federal and state law, we must follow the terms of the notice of privacy practices that we have in effect at the time.

We realize that these laws are complicated, but we must provide you with the following important information:

- how we may use and disclose your IIHI
- your privacy rights in your IIHI
- our obligations concerning the use and disclosure of your IIHI

**The terms of this notice apply to all records containing your IIHI that are created or retained by our practice. We reserve the right to revise or amend this Notice of Privacy Practices. Any revision or amendment to this notice will be effective for all of your records that our practice has created or maintained in the past, and for any of your records that we may create or maintain in the future. Our practice will post a copy of our current Notice in our office in a visible location at all times, and you may request a copy of our most current Notice at any time.**

B. IF YOU HAVE QUESTIONS ABOUT THIS NOTICE, PLEASE CONTACT:

**KOHL DIRECT FAMILY CARE PLLC**

Attn: Privacy Officer

4300 S Business Highway 281

Edinburg, TX 78539

(956) 436-5400

C. WE MAY USE AND DISCLOSE YOUR INDIVIDUALLY IDENTIFIABLE HEALTH INFORMATION (IIHI) IN THE FOLLOWING WAYS:

The following categories describe the different ways in which we may use and disclose your IIHI, unless you object:

- 1. Treatment.** Our practice may use your IIHI to treat you. For example, we may ask you to have laboratory tests (such as blood or urine tests), and we may use the results to help us reach a diagnosis. We might use your IIHI in order to write a prescription for you, or we might disclose your IIHI to a pharmacy when we order a prescription for you. Many of the people who work for our practice—including, but not limited to, our doctors and nurses—may use or disclose your IIHI in order to treat you or to assist others in your treatment. Additionally, we may disclose your IIHI to others who may assist in your care, such as other healthcare providers, your spouse, your children or your parents.
- 2. Payment.** Our practice may use and disclose your IIHI in order to bill and collect payment for the services and items you may receive from us. For example, we may use and disclose your IIHI to obtain payment from third parties that may be responsible for such costs, such as family members. Also, we may use your IIHI to bill you directly for services and items.
- 3. Health Care Operations.** Our practice may use and disclose your IIHI to operate our business. As examples of the ways in which we may use and disclose your information for our operations, our practice may use your IIHI to evaluate the quality of care you received from us, to develop protocols and clinical guidelines, to develop training programs, and to aid in credentialing, medical review, legal services and insurance. We will share information about you with such insurers or other business associates as necessary to obtain these services.
- 4. Appointment Reminders.** Our practice may use and disclose your IIHI to contact you and remind you of an appointment.

5. **Treatment Options.** Our practice may use and disclose your IIHI to inform you of potential treatment options or alternatives.
6. **Health-Related Benefits and Services.** Our practice may use and disclose your IIHI to inform you of health-related benefits or services that may be of interest to you.
7. **Release of Information to Family/Friends.** Our practice may release your IIHI to a friend or family member that is involved in your care, or who assists in taking care of you. For example, a parent or guardian may ask that a babysitter take their child to the pediatrician's office for treatment of a cold. In this example, the babysitter may have access to this child's medical information.
8. **Disclosures Required by Law.** Our practice will use and disclose your IIHI when we are required to do so by federal, state, or local law.
9. **Business Associates.** There are some services provided by through contracts with "business associates," such as accounting, legal representation, consulting, medical services, etc. When these services are contracted, we may disclose your IIHI to our business associates so that they can perform the job we have asked them to do and, if applicable, bill you or your third-party payer for services rendered. If we disclose protect health information to a business associate, we will do so subject to a contract that provides that the information will be kept confidential.

#### **D. USE AND DISCLOSURE OF YOUR IIHI IN CERTAIN SPECIAL CIRCUMSTANCES:**

The following categories describe unique scenarios in which we may use or disclose your identifiable health information:

1. **Public Health Risks.** Our practice may disclose your IIHI to public health authorities that are authorized by law to collect information for the purpose of:
  - maintaining vital records, such as births and deaths
  - reporting child abuse or neglect
  - preventing or controlling disease, injury, or disability
  - notifying a person regarding potential exposure to a communicable disease
  - notifying a person regarding a potential risk for spreading or contracting a disease or condition
  - reporting reactions to drugs or problems with products or devices
  - notifying individuals if a product or device they may be using has been recalled
  - notifying appropriate government agency (ies) and authority (ies) regarding the potential abuse or neglect of an adult patient (including domestic violence); however, we will only disclose this information if the

patient agrees or we are required or authorized by law to disclose this information

- notifying your employer under limited circumstances related primarily to workplace injury or illness or medical surveillance

- 2. Health Oversight Activities.** Our practice may disclose your IIHI to a health oversight agency for activities authorized by law. Oversight activities can include, for example, investigations, inspections, audits, surveys, licensure and disciplinary actions; civil, administrative, and criminal procedures or actions; or other activities necessary for the government to monitor government programs, compliance with civil rights laws and the health care system in general.
- 3. Lawsuits and Similar Proceedings.** Our practice may use and disclose your IIHI in response to a court or administrative order, if you are involved in a lawsuit or similar proceeding. We also may disclose your IIHI in response to a discovery request, subpoena, or other lawful process by another party involved in the dispute, but only if we have made an effort to inform you of the request or to obtain an order protecting the information the party has requested.
- 4. Law Enforcement.** We may release IIHI if asked to do so by a law enforcement official:
  - regarding a crime victim in certain situations, if we are unable to obtain the person's agreement
  - concerning a death we believe has resulted from criminal conduct
  - regarding criminal conduct at our offices
  - in response to a warrant, summons, court order, subpoena or similar legal process
  - to identify/locate a suspect, material witness, fugitive or missing person
  - in an emergency, to report a crime (including the location or victim(s) of the crime, or the description, identity or location of the perpetrator)
- 5. Deceased Patients.** Our practice may release IIHI to a medical examiner or coroner to identify a deceased individual or to identify the cause of death. If necessary, we may also release information in order for funeral directors to perform their jobs.
- 6. Organ and Tissue Donation.** Our practice may release your IIHI to organizations that handle organ, eye or tissue procurement or transplantation, including organ donation banks, as necessary to facilitate organ or tissue donation and transplantation if you are an organ donor.
- 7. Research.** Our practice may use and disclose your IIHI for research purposes in certain limited circumstances. We will obtain your written authorization to use your IIHI for research purposes except when: (a) our use or disclosure was approved by an Institutional Review Board or a Privacy Board; (b) we obtain the

oral or written agreement of a researcher that (i) the information being sought is necessary for the research study; (ii) the use or disclosure of your IIHI is being used only for the research and (iii) the researcher will not remove any of your IIHI from our practice; or (c) the IIHI sought by the researcher only relates to decedents and the researcher agrees either orally or in writing that the use or disclosure is necessary for the research and, if we request it, to provide us with proof of death prior to access to the IIHI of the decedents.

**8. Serious Threats to Health or Safety.** Our practice may use and disclose your IIHI when necessary to reduce or prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of another individual or the public. Under these circumstances, we will only make disclosures to a person or organization able to help prevent the threat.

**9. Military.** Our practice may disclose your IIHI if you are a member of U.S. or foreign military forces (including veterans) and if required by the appropriate authorities.

**10. National Security.** Our practice may disclose your IIHI to federal officials for intelligence and national security activities authorized by law. We may also disclose your IIHI to federal officials in order to protect the President, other officials or foreign heads of state, or to conduct investigations.

**11. Inmates.** Our practice may disclose your IIHI to correctional institutions or law enforcement officials if you are an inmate or under the custody of a law enforcement official. Disclosure for these purposes would be necessary: (a) for the institution to provide health care services to you, (b) for the safety and security of the institution, and/or (c) to protect your health and safety or the health and safety of other individuals.

**12. Workers' Compensation.** Our practice may release your IIHI for workers' compensation and similar programs.

## **E. USES AND DISCLOSURES REQUIRING YOUR AUTHORIZATION:**

**The following uses and disclosures will require your authorization:**

- 1. Highly Confidential Information:** Federal and State laws require special privacy protections for certain highly confidential information. We will not disclose your medical information 1) maintained in psychotherapy notes; 2) related to mental health treatment, developmental disabilities services, and drug and alcohol abuse treatment; 3) related to HIV status, testing, and treatment as well as any information related to the diagnosis and treatment of sexually transmitted diseases; and 4) genetic information, without, in each case, obtaining your authorization unless otherwise permitted or required by applicable Federal or State law.

2. **Other Uses or Disclosures Requiring Your Specific Authorization:** Other types of uses and disclosures of IIHI not identified in this notice will be made only with your written authorization. Except as permitted under this Notice or as permitted by law, we will request your written authorization before using or sharing your information for marketing purposes or selling your information. Your authorization may be revoked, in writing, at any time. However, should you revoke such an authorization, you should understand that we are unable to retract any disclosures we have already made with your permission, and that we are required to retain our records as proof of the care that we provided you.

#### **E. YOUR RIGHTS REGARDING YOUR IIHI:**

**The health and billing records we maintain are the physical property of Kohl Direct Family Care. The information in it, however, belongs to you. You have a right to:**

1. **Confidential Communications.** You have the right to request that our practice communicate with you about your health and related issues in a particular manner or at a certain location. For instance, you may ask that we contact you at home, rather than work. In order to request a type of confidential communication, you must make a written request to the Privacy Officer, specifying the requested method of contact, or the location where you wish to be contacted. Our practice will accommodate **reasonable** requests. You do not need to give a reason for your request.

2. **Requesting Restrictions.** You have the right to request a restriction in our use or disclosure of your IIHI for treatment, payment or health care operations. Additionally, you have the right to request that we restrict our disclosure of your IIHI to only certain individuals involved in your care or the payment for your care, such as family members and friends. **We are not required to agree to your request;** however, if we do agree, we are bound by our agreement except when otherwise required by law, in emergencies, or when the information is necessary to treat you. In order to request a restriction in our use or disclosure of your IIHI, you must make your request in writing to the Privacy Officer. Your request must describe in a clear and concise fashion:

- (a) the information you wish restricted;
- (b) whether you are requesting to limit our practice's use, disclosure or both; and
- (c) to whom you want the limits to apply.

3. **Inspection and Copies.** You have the right to inspect and obtain a copy of the IIHI that may be used to make decisions about you, including patient medical records and billing records, but not including psychotherapy notes. You must submit your request in writing to the Privacy Officer at Kohl Direct Family Care, 1150 Glenlivet Drive, Suite A-17, Allentown, PA 18106, in order to inspect and/or obtain a copy of your IIHI. Your request should specifically state what medical information you want to inspect or copy. We will ordinarily act on your request within thirty (30) days of our receipt of your request. Our practice may charge a fee for the costs of copying, mailing, labor and

supplies associated with your request. Our practice may deny your request to inspect and/or copy in certain limited circumstances; however, you may request a review of our denial. Another licensed health care professional chosen by us who did not participate in the original decision to deny access will conduct reviews. We will ordinarily act on your request for review within thirty (30) days.

**4. Amendment.** You may ask us to amend your health information if you believe it is incorrect or incomplete, and you may request an amendment for as long as the information is kept by or for our practice. To request an amendment, your request must be made in writing and submitted to the Privacy Officer at Kohl Direct Family Care, 1150 Glenlivet Drive, Suite A-17, Allentown, PA, 18106. We will ordinarily act on our amendment request within sixty (60) days after our receipt of your request. You must provide us with a reason that supports your request for amendment. If we grant the request, we will inform you of such acceptance in writing. We will make the appropriate amendment to your IIHI, and we will request that you identify and agree that we may notify all relevant persons with whom the amendment should be shared. Our practice will deny your request if you fail to submit your request (and the reason supporting your request) in writing. Also, we may deny your request if you ask us to amend information that is in our opinion: (a) accurate and complete; (b) not part of the IIHI kept by or for the practice; (c) not part of the IIHI which you would be permitted to inspect and copy; or (d) not created by our practice, unless the individual or entity that created is not available to amend the information.

**5. Accounting of Disclosures.** All of our patients have the right to request an “accounting of disclosures.” An “accounting of disclosures” is a list of certain non-routine disclosures our practice has made of your IIHI for non-treatment or operations purposes. Use of your IIHI as part of the routine patient care in our practice is not required to be documented. For example, the doctor sharing information with the nurse. In order to obtain an accounting of disclosures, you must submit your request in writing to the Privacy Officer at Kohl Direct Family Care, 4300 S Business Highway 281, Edinburg, TX 78539. All requests for an “accounting of disclosures” must state a time period, which may not be longer than six (6) years from the date of disclosure and may not include dates before August 1, 2023. The first list you request within a 12-month period is free of charge, but our practice may charge you for additional lists within the same 12-month period. Our practice will notify you of the costs involved with additional requests, and you may withdraw your request before you incur any costs. We will ordinarily act on your accounting request within sixty (60) days of your request. We are permitted to extend our response time for a period of up to thirty (30) days if we notify you of the extension. We may temporarily suspend your right to receive an accounting of disclosures of your health information, if required to do so by law.

**6. Right to Breach Notification:** You have a right to receive written notification when a breach (as defined by HIPAA) of your IIHI has occurred. You will receive notification no later than sixty (60) days after the breach has been discovered.

**7. Right to a Paper Copy of this Notice.** You are entitled to receive a paper copy of our notice of privacy practices. You may ask us to give you a copy of this notice at any time. To obtain a paper copy of this notice, contact the Privacy Officer.

**8. Right to File a Complaint.** If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with our practice or with the Secretary of the Department of Health and Human Services. To file a complaint with our practice, contact:

KOHL DIRECT FAMILY CARE, PLLC  
Attn: Privacy Officer  
4300 S Business Hwy 281  
Edinburg, TX 78539  
(956) 436-5400

All complaints must be submitted in writing. **You will not be penalized for filing a complaint.**

**8. Right to Provide an Authorization for Other Uses and Disclosures.** Our practice will obtain your written authorization for uses and disclosures that are not identified by this notice or permitted by applicable law. Any authorization you provide to us regarding the use and disclosure of your IIHI may be revoked at any time in writing. After you revoke your authorization, we will no longer use or disclose your IIHI for the reasons described in the authorization. Please note: we are required to retain records of your care.

Again, if you have questions regarding this notice or our health information privacy policies, please contact the Privacy Officer listed above.

**Acknowledgement**

I hereby acknowledge that I have received and read the Kohl Direct Family Care HIPAA Privacy Policy Notice. I understand that I may request additional copies of this notice at any time.

\_\_\_\_\_  
Patient Signature: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Printed name: \_\_\_\_\_



**r.**

**KOHL DIRECT FAMILY CARE PLLC**

4300 S Business Highway 281

Edinburg, TX 78539

(956) 436-5400

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Según lo requerido por las regulaciones de privacidad creadas como resultado de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA)

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD (COMO PACIENTE DE ESTA PRÁCTICA) Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A SU INFORMACIÓN DE SALUD DE IDENTIFICACIÓN INDIVIDUAL.**

**POR FAVOR REVISE ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.**

Un. **NUESTRO COMPROMISO CON SU PRIVACIDAD:**

Nuestra práctica está dedicada a mantener la privacidad de su información de salud de identificación individual (IIHI). Al llevar a cabo nuestro negocio, crearemos registros sobre usted y el tratamiento y los servicios que le brindamos. Estamos obligados por ley a mantener la confidencialidad de la información de salud que lo identifica. También estamos obligados por ley a proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad que mantenemos en nuestra práctica con respecto a su IIHI. Por ley federal y estatal, debemos seguir los términos del aviso de prácticas de privacidad que tenemos vigentes en ese momento.

Nos damos cuenta de que estas leyes son complicadas, pero debemos proporcionarle la siguiente información importante:

- cómo podemos usar y divulgar su IIHI
- sus derechos de privacidad en su IIHI
- nuestras obligaciones con respecto al uso y divulgación de su IIHI

**Los términos de este aviso se aplican a todos los registros que contienen su IIHI que son creados o retenidos por nuestra práctica. Nos reservamos el derecho de revisar o enmendar este Aviso de prácticas de privacidad. Cualquier revisión o enmienda a este aviso será efectiva para todos sus registros que nuestra práctica haya creado o mantenido en el pasado, y para cualquiera de sus registros que podamos crear o mantener en el futuro. Nuestra práctica publicará una copia de nuestro Aviso actual en nuestra oficina en un lugar visible en todo momento, y usted puede solicitar una copia de nuestro Aviso más reciente en cualquier momento.**

B. SI TIENE PREGUNTAS SOBRE ESTE AVISO, COMUNÍQUESE CON:

**KOHL DIRECT FAMILY CARE PLLC**

A la atención de: Oficial de Privacidad  
4300 S Business Highway 281  
Edinburg, TX 78539  
(956) 436-5400

C. PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD DE IDENTIFICACIÓN INDIVIDUAL (IIHI) DE LAS SIGUIENTES MANERAS:

Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que podemos usar y divulgar su IIHI, a menos que usted se oponga:

**Tratamiento.** Nuestra práctica puede usar su IIHI para tratarlo. Por ejemplo, podemos pedirle que se haga pruebas de laboratorio (como análisis de sangre u orina), y podemos usar los resultados para ayudarnos a llegar a un diagnóstico. Podríamos usar su IIHI para escribir una receta para usted, o podríamos divulgar su IIHI a una farmacia cuando ordenemos una receta para usted. Muchas de las personas que trabajan para nuestra práctica, incluidos, entre otros, nuestros médicos y enfermeras, pueden usar o divulgar su IIHI para tratar o ayudar a otros en su tratamiento. Además, podemos divulgar su IIHI a otras personas que puedan ayudarlo en su atención, como otros proveedores de atención médica, su cónyuge, sus hijos o sus padres.

**Pago.** Nuestra práctica puede usar y divulgar su IIHI para facturar y cobrar el pago de los servicios y artículos que pueda recibir de nosotros. Por ejemplo, podemos usar y divulgar su IIHI para obtener el pago de terceros que pueden ser responsables de dichos costos, como miembros de la familia. Además, podemos usar su IIHI para facturarle directamente por servicios y artículos.

**Operaciones de atención médica.** Nuestra práctica puede usar y divulgar su IIHI para operar nuestro negocio. Como ejemplos de las formas en que podemos usar y divulgar su información para nuestras operaciones, nuestra práctica puede usar su IIHI para evaluar la calidad de la atención que recibió de nosotros, para desarrollar protocolos y pautas clínicas, para desarrollar programas de capacitación y para ayudar en la acreditación, revisión médica, servicios legales y seguros. Compartiremos información sobre usted con dichas aseguradoras u otros socios comerciales según sea necesario para obtener estos servicios.

**Recordatorios de citas.** Nuestra práctica puede usar y divulgar su IIHI para contactarlo y recordarle una cita.

**Opciones de tratamiento.** Nuestra práctica puede usar y divulgar su IIHI para informarle sobre posibles opciones de tratamiento o alternativas.

**Beneficios y servicios relacionados con la salud.** Nuestra práctica puede usar y divulgar su IIHI para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que pueden ser de su interés.

**Divulgación de información a familiares/amigos.** Nuestra práctica puede divulgar su IIHI a un amigo o familiar que esté involucrado en su cuidado, o que ayude a cuidarlo. Por ejemplo, un padre o tutor puede pedir que una niñera lleve a su hijo al consultorio del pediatra para el tratamiento de un resfriado. En este ejemplo, la niñera puede tener acceso a la información médica de este niño.

**Divulgaciones requeridas por la ley.** Nuestra práctica usará y divulgará su IIHI cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales.

**Socios comerciales.** Hay algunos servicios proporcionados a través de contratos con "socios comerciales", como contabilidad, representación legal, consultoría, servicios médicos, etc. Cuando se contratan estos servicios, podemos divulgar su IIHI a nuestros socios comerciales para que puedan realizar el trabajo que les hemos pedido que hagan y, si corresponde, facturarle a usted o a su tercero pagador por los servicios prestados. Si divulgamos información de salud protegida a un socio comercial, lo haremos sujeto a un contrato que establece que la información se mantendrá confidencial.

## **D. USO Y DIVULGACIÓN DE SU IIHI EN CIERTAS CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES:**

Las siguientes categorías describen escenarios únicos en los que podemos usar o divulgar su información de salud identificable:

**1. Riesgos para la salud pública.** Nuestra práctica puede divulgar su IIHI a las autoridades de salud pública que están autorizadas por ley para recopilar información con el propósito de:

mantener registros vitales, como nacimientos y defunciones

Denunciar el abuso o negligencia infantil

prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades

notificar a una persona sobre la posible exposición a una enfermedad transmisible

notificar a una persona sobre un riesgo potencial de propagar o contraer una enfermedad o afección

reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos o dispositivos

Notificar a las personas si un producto o dispositivo que pueden estar usando ha sido retirado del mercado

notificar a la(s) agencia(s) gubernamental(es) y autoridad(es) apropiada(s) con respecto al posible abuso o negligencia de un paciente adulto (incluida la violencia doméstica); Sin embargo, solo divulgaremos esta información si el paciente está de acuerdo o si estamos obligados o autorizados por ley para divulgar esta información.

Notificar a su empleador bajo circunstancias limitadas relacionadas principalmente con lesiones o enfermedades en el lugar de trabajo o vigilancia médica

**Actividades de supervisión de la salud.** Nuestra práctica puede divulgar su IIHI a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Las actividades de supervisión pueden incluir, por ejemplo, investigaciones, inspecciones, auditorías, encuestas, licencias y medidas disciplinarias; procedimientos o acciones civiles, administrativas y penales; u otras actividades necesarias para que el gobierno supervise los programas gubernamentales, el cumplimiento de las leyes de derechos civiles y el sistema de atención médica en general.

**Demandas y procedimientos similares.** Nuestra práctica puede usar y divulgar su IIHI en respuesta a una orden judicial o administrativa, si usted está involucrado en una demanda o procedimiento similar. También podemos divulgar su IIHI en respuesta a una solicitud de descubrimiento, citación u otro proceso legal por otra parte involucrada en la disputa, pero solo si hemos hecho un esfuerzo para informarle de la solicitud u obtener una orden que proteja la información que la parte ha solicitado.

**Aplicación de la ley.** Podemos liberar IIHI si así lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley:

Con respecto a una víctima de un delito en ciertas situaciones, si no podemos obtener el consentimiento de la persona

con respecto a una muerte que creemos que ha resultado de una conducta criminal

con respecto a la conducta criminal en nuestras oficinas

en respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso legal similar para identificar/localizar a un sospechoso, testigo material, fugitivo o persona desaparecida

en una emergencia, para denunciar un delito (incluida la ubicación o la(s) víctima(s) del delito, o la descripción, identidad o ubicación del perpetrador)

**Pacientes fallecidos.** Nuestra práctica puede entregar IIHI a un médico forense o forense para identificar a una persona fallecida o para identificar la causa de la muerte. Si es necesario, también podemos divulgar información para que los directores de funerarias realicen su trabajo.

**Donación de órganos y tejidos.** Nuestra práctica puede liberar su IIHI a organizaciones que manejan la obtención o trasplante de órganos, ojos o tejidos, incluidos los bancos de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos si usted es donante de órganos.

**Investigación.** Nuestra práctica puede usar y divulgar su IIHI con fines de investigación en ciertas circunstancias limitadas. Obtendremos su autorización por escrito para usar su IIHI con fines de investigación, excepto cuando: (a) nuestro uso o divulgación haya sido aprobado por una Junta de Revisión Institucional o una Junta de Privacidad; (b) obtenemos el acuerdo oral o escrito de un investigador de que (i) la información que se busca es necesaria para el estudio de investigación; (ii) el uso o divulgación de su IIHI se está utilizando solo para la investigación y (iii) el investigador no eliminará ninguno de sus IIHI de nuestra práctica; o (c) el IIHI solicitado por el investigador solo se relaciona con los difuntos y el investigador acepta, ya sea oralmente o por escrito, que el uso o la divulgación es necesario para la investigación y, si lo solicitamos, proporcionarnos una prueba de muerte antes del acceso al IIHI de los difuntos.

**Amenazas graves para la salud o la seguridad.** Nuestra práctica puede usar y divulgar su IIHI cuando sea necesario para reducir o prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad de otra persona o del público. En estas circunstancias, solo haremos divulgaciones a una persona u organización capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

**Militar.** Nuestra práctica puede divulgar su IIHI si usted es miembro de las fuerzas militares estadounidenses o extranjeras (incluidos los veteranos) y si así lo requieren las autoridades correspondientes.

**Seguridad nacional.** Nuestra práctica puede divulgar su IIHI a funcionarios federales para actividades de inteligencia y seguridad nacional autorizadas por la ley. También podemos divulgar su IIHI a funcionarios federales para proteger al Presidente, otros funcionarios o jefes de estado extranjeros, o para realizar investigaciones.

**Internos.** Nuestra práctica puede divulgar su IIHI a instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley si usted es un recluso o está bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley. La divulgación para estos fines sería necesaria: (a) para que la institución le brinde servicios de atención médica, (b) para la seguridad de la institución, y / o (c) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas.

**Compensación de Trabajadores.** Nuestra práctica puede liberar su IIHI para compensación de trabajadores y programas similares.

## **E. USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN:**

**Los siguientes usos y divulgaciones requerirán su autorización:**

**Información altamente confidencial:** Las leyes federales y estatales requieren protecciones especiales de privacidad para cierta información altamente confidencial. No divulgaremos su información médica 1) mantenida en notas de psicoterapia; 2) relacionados con el tratamiento de salud mental, los servicios para discapacidades del desarrollo y el tratamiento del abuso de drogas y alcohol; 3) relacionados con el estado

del VIH, las pruebas y el tratamiento, así como cualquier información relacionada con el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual; y 4) información genética, sin, en cada caso, obtener su autorización a menos que la ley federal o estatal aplicable permita o exija lo contrario.

**Otros usos o divulgaciones que requieren su autorización específica:** Otros tipos de usos y divulgaciones de IIHI no identificados en este aviso se realizarán solo con su autorización por escrito. Excepto según lo permitido por este Aviso o según lo permita la ley, solicitaremos su autorización por escrito antes de usar o compartir su información con fines de marketing o vender su información. Su autorización puede ser revocada, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, si revoca dicha autorización, debe comprender que no podemos retractarnos de ninguna divulgación que ya hayamos realizado con su permiso, y que estamos obligados a conservar nuestros registros como prueba de la atención que le brindamos.

#### **E. SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU IIHI:**

**Los registros de salud y facturación que mantenemos son propiedad física de Kohl Direct Family Care. La información que contiene, sin embargo, le pertenece a usted. Usted tiene derecho a:**

**1. Comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que nuestra práctica se comunique con usted sobre su salud y problemas relacionados de una manera particular o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted en casa, en lugar de trabajar. Para solicitar un tipo de comunicación confidencial, debe hacer una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad, especificando el método de contacto solicitado o la ubicación donde desea ser contactado. Nuestra práctica se adaptará a las solicitudes razonables. No es necesario que dé una razón para su solicitud.

**2. Solicitud de restricciones.** Tiene derecho a solicitar una restricción en nuestro uso o divulgación de su IIHI para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Además, tiene derecho a solicitar que restrinjamos nuestra divulgación de su IIHI solo a ciertas personas involucradas en su atención o el pago de su atención, como familiares y amigos. **No estamos obligados a aceptar su solicitud;** sin embargo, si estamos de acuerdo, estamos obligados por nuestro acuerdo, excepto cuando la ley exija lo contrario, en emergencias o cuando la información sea necesaria para tratarlo. Para solicitar una restricción en nuestro uso o divulgación de su IIHI, debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Su solicitud debe describir de manera clara y concisa:

la información que desea que se restrinja;  
si está solicitando limitar el uso, la divulgación o ambos de nuestra práctica; y  
a quién desea que se apliquen los límites.

**3. Inspección y copias.** Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia del IIHI que puede usarse para tomar decisiones sobre usted, incluidos los registros médicos del paciente y los registros de facturación, pero sin incluir las notas de psicoterapia. Debe

enviar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de Kohl Direct Family Care, 1150 Glenlivet Drive, Suite A-17, Allentown, PA 18106, para inspeccionar y/u obtener una copia de su IIHI. Su solicitud debe indicar específicamente qué información médica desea inspeccionar o copiar. Normalmente actuaremos sobre su solicitud dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de su solicitud. Nuestra práctica puede cobrar una tarifa por los costos de copia, envío, mano de obra y suministros asociados con su solicitud. Nuestra práctica puede denegar su solicitud de inspeccionar y/o copiar en ciertas circunstancias limitadas; sin embargo, puede solicitar una revisión de nuestra denegación. Otro profesional de la salud con licencia elegido por nosotros que no participó en la decisión original de negar el acceso llevará a cabo revisiones. Normalmente actuaremos sobre su solicitud de revisión dentro de los treinta (30) días.

**4. Enmienda.** Puede solicitarnos que modifiquemos su información de salud si cree que es incorrecta o está incompleta, y puede solicitar una enmienda durante el tiempo que la información sea conservada por o para nuestra práctica. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse al Oficial de Privacidad de Kohl Direct Family Care, 1150 Glenlivet Drive, Suite A-17, Allentown, PA, 18106. Normalmente actuaremos sobre nuestra solicitud de enmienda dentro de los sesenta (60) días posteriores a la recepción de su solicitud. Debe proporcionarnos una razón que respalde su solicitud de enmienda. Si concedemos la solicitud, le informaremos de dicha aceptación por escrito. Le haremos la enmienda apropiada IIHI, y le solicitaremos que identifique y acepte que podemos notificar a todas las personas relevantes con las que se debe compartir la enmienda. Nuestra práctica denegará su solicitud si no presenta su solicitud (y la razón que respalda su solicitud) por escrito. Además, podemos denegar su solicitud si nos solicita que modifiquemos la información que, en nuestra opinión: (a) es precisa y completa; (b) no forman parte del IIHI mantenido por o para la práctica; (c) no forma parte del IIHI y que se le permitiría inspeccionar y copiar; o (d) no creado por nuestra práctica, a menos que la persona o entidad que creó no esté disponible para modificar la información.

**5. Contabilidad de las revelaciones.** Todos nuestros pacientes tienen derecho a solicitar un "informe de divulgaciones". Una "contabilidad de divulgaciones" es una lista de ciertas divulgaciones no rutinarias que nuestra práctica ha hecho de su IIHI para fines de no tratamiento u operaciones. No es necesario documentar el uso de su IIHI como parte de la atención rutinaria del paciente en nuestra práctica. Por ejemplo, el médico compartiendo información con la enfermera. Para obtener un informe de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de Kohl Direct Family Care, 4300 S Business Highway 281, Edinburg, TX 78539. Todas las solicitudes de un "informe de divulgaciones" deben indicar un período de tiempo, que no puede ser superior a seis (6) años a partir de la fecha de divulgación y no puede incluir fechas anteriores al 1 de agosto de 2023 La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses es gratuita, pero nuestra práctica puede cobrarle por listas adicionales dentro del mismo período de 12 meses. Nuestra práctica le notificará los costos involucrados con solicitudes adicionales, y usted puede retirar su solicitud antes de incurrir en cualquier costo. Normalmente actuaremos sobre su solicitud de contabilidad dentro de los sesenta

(60) días posteriores a su solicitud. Se nos permite extender nuestro tiempo de respuesta por un período de hasta treinta (30) días si le notificamos de la extensión. Podemos suspender temporalmente su derecho a recibir un informe de divulgaciones de su información de salud, si así lo exige la ley.

**6. Derecho a la notificación de incumplimiento:** Usted tiene derecho a recibir una notificación por escrito cuando se haya producido un incumplimiento (según lo definido por HIPAA) de su IIHI. Recibirá una notificación a más tardar sesenta (60) días después de que se haya descubierto la infracción.

**7. Derecho a una copia impresa de este aviso.** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de nuestro aviso de prácticas de privacidad. Puede solicitarnos que le entreguemos una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia impresa de este aviso, comuníquese con el Oficial de Privacidad.

**8. Derecho a presentar una queja.** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nuestra práctica o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante nuestra práctica, comuníquese con:

KOHL DIRECT FAMILY CARE PLLC  
A la atención de: Oficial de Privacidad  
4300 S Business Highway 281  
Edinbrug, TX 78539  
(956) 436-5400

Todas las quejas deben presentarse por escrito. **No será penalizado por presentar una queja.**

**8. Derecho a proporcionar una autorización para otros usos y divulgaciones.** Nuestra práctica obtendrá su autorización por escrito para usos y divulgaciones que no estén identificados por este aviso o permitidos por la ley aplicable. Cualquier autorización que nos proporcione con respecto al uso y divulgación de su IIHI puede ser revocada en cualquier momento por escrito. Después de revocar su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su IIHI por las razones descritas en la autorización. Tenga en cuenta: estamos obligados a conservar registros de su atención.

Nuevamente, si tiene preguntas sobre este aviso o nuestras políticas de privacidad de información médica, comuníquese con el Oficial de Privacidad mencionado anteriormente.

## **Reconocimiento**



Por la presente reconozco que he recibido y leído el Aviso de política de privacidad de HIPAA de Kohl Direct Family Care. Entiendo que puedo solicitar copias adicionales de este aviso en cualquier momento.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_