

# Tulane University

<b>DEPARTMENT:</b> General Counsel's Office -- HIPAA	<b>POLICY DESCRIPTION:</b> Revisions to the Notice of Privacy Practices
<b>PAGE:</b> 1 of 1	
<b>APPROVED:</b> April 1, 2003	<b>REVISED:</b>
<b>EFFECTIVE DATE:</b> April 14, 2003	<b>POLICY NUMBER:</b> GC-004

## Tulane University Revisions to the Notice of Privacy Practices

### SCOPE OF POLICY

This policy applies to Tulane University Medical Group, its participating physicians and clinicians, and all University employees and business units who provide management, administrative, financial, legal, and operational support to or on behalf of Tulane University Medical Group and have been designated as part of the Tulane University HIPAA Health Care Component.

### STATEMENT OF POLICY

The Tulane University Health Care Component has established a method of integrating revisions to the Notice described in policy number GC-003. All revisions to the Notice must be made in accordance to the following process. Revisions to Joint Notices will be made in cooperation with other members of the applicable organized Health Care Arrangement.

### IMPLEMENTATION OF POLICY

1. The Tulane University Health Care Component decides to revise the Notice of Privacy Practice.
2. The Tulane University Privacy Official reviews the proposed contents with the Office of the General Counsel.
3. The General Counsel's Office finalizes the information contained within the revision to ensure conformance with applicable law.
4. Revised Notice is approved by the General Counsel's Office and the Privacy Official.
5. Dissemination to management staff for appropriate distribution to patients and use by business associates and employees of the Tulane University Health Care Component.

# Tulane University

<b>DEPARTMENT:</b> General Counsel's Office -- HIPAA	<b>POLICY DESCRIPTION:</b> Notice of Privacy Practices and Acknowledgement
<b>PAGE:</b> 1 of 1	
<b>APPROVED:</b> April 1, 2003	<b>REVISED:</b> March 1, 2006; July 1, 2013
<b>EFFECTIVE DATE:</b> April 14, 2003	<b>POLICY NUMBER:</b> GC-003

## Tulane University Notice of Privacy Practices and Acknowledgement

### SCOPE OF POLICY

This policy applies to Tulane University Medical Group, its participating physicians and clinicians, and all University employees and business units who provide management, administrative, financial, legal, and operational support to or on behalf of Tulane University Medical Group and have been designated as part of the Tulane University HIPAA Health Care Component.

### STATEMENT OF POLICY

Tulane University Health Care Component is required by law to protect the privacy of health information that may reveal the identity of a patient and must provide a copy of the privacy practice notice (the "Notice") to each patient the first time such patient presents for treatment at a non-hospital based Tulane University Medical Group site after April 14, 2003.

### IMPLEMENTATION OF POLICY

- 1) Notice will be displayed in a binder in the waiting areas of each Tulane University Medical Group site.
- 2) Patients will receive a copy of the Notice at the time of their first appointment.
- 3) Patients will be requested to sign an acknowledgement of receipt of the Notice.
- 4) The acknowledgement will be kept in the patient's medical record.
- 5) All employees and business associates of the Tulane University Health Care Component will treat patient health information consistent with the requirements of the Notice or a Joint Notice as applicable.

# Tulane University

## Notice of Privacy Practices

**Effective as of August 6, 2004, Revised as of July 1, 2013**

THIS NOTICE OF PRIVACY PRACTICES (“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.

We are required by law to protect the privacy of health information that may reveal your identity, and to provide you with a copy of this Notice which describes the health information privacy practices of Tulane University Medical Group. This notice covers information held by non-hospital based Tulane University Medical Group sites. A copy of our current Notice will always be maintained in our office. You will be given a Notice at the time you first seek treatment. You will also be able to obtain your own copy by calling 504-988-7739 or asking for one at the time of your next visit.

This Notice does not cover health information generated and maintained by a hospital for hospital services provided to you by a Tulane University Medical Group physician. Please refer to the hospital notice of privacy practices for how that medical information may be used or maintained.

### **WHAT HEALTH INFORMATION IS PROTECTED**

We are committed to protecting the privacy of information we gather about you while providing health-related services. Some examples of protected health information are:

- information indicating that you are a Tulane University Medical Group patient or receiving treatment or health-related services from Tulane University Medical Group;
- information about your health condition (such as a disease you may have);
- information about health care products or services you have received or may receive in the future (such as an operation); or
- information about your health care benefits under an insurance plan (such as whether a prescription is covered);  
*when combined with:*
  - demographic information (such as your name, address, or insurance status);
  - unique numbers that may identify you (such as your social security number, your phone number, or your driver’s license number); or
  - other types of information that may identify who you are.

### **REQUIREMENT FOR WRITTEN AUTHORIZATION**

We will obtain your written authorization before using your health information or sharing it with others outside Tulane University Medical Group, except as we describe in this Notice. Uses and disclosures of health information that require your written authorization include: most uses and disclosures of psychotherapy notes (where appropriate), most uses and disclosures of protected health information for marketing purposes, and disclosures that constitute a sale of protected health information. Uses and disclosures of your protected health information by us not described in this Notice will be made only with your written authorization.

If you provide us with written authorization, you may revoke that written authorization at any time, except to the extent that we have already relied upon it. To revoke a written authorization, please obtain an authorization revocation form from the manager of the clinic. You may also initiate the transfer of your records to another person by completing a written authorization form.

# Tulane University

## Notice of Privacy Practices

### HOW WE MAY USE AND DISCLOSE YOUR HEALTH INFORMATION WITHOUT YOUR WRITTEN AUTHORIZATION

There are some situations when we do not need your written authorization before using your health information or sharing it with others. They are:

#### **1. Treatment, Payment, and Health Care Operations**

*Tulane University Medical Group may use your health care information or share it with others in order to provide health care services to you, obtain payment for those services, and run Tulane University Medical Group's normal business operations. In some cases, we may also disclose your health information for payment activities and certain business operations of another health care provider or payor. Below are further examples of how your information may be used and disclosed for treatment, payment, and normal business operations without your written authorization.*

**Treatment:** We may share your health information with doctors or other clinicians in the Tulane University Medical Group who are involved in taking care of you, and they may in turn use that information to diagnose or treat you. Tulane University Medical Group doctors or clinicians may share your health information with another doctor, clinician, or someone at another medical practice or hospital, to determine how to diagnose or treat you. Your doctor or clinician may also share your health information with another doctor to whom you have been referred for further health care.

**Payment:** We may use your health information or share it with others so that we obtain payment for your health care services. For example, we may share information about you with your health insurance company in order to obtain reimbursement after we have treated you. In some cases, we may share information about you with your health insurance company to determine whether it will cover your treatment.

**Health Care Operations:** We may use your health information or share it with others in order to conduct our business operations. For example, we may use your health information to evaluate the performance of our staff in caring for you, or to educate our staff on how to improve the care they provide for you.

**Appointment Reminders, Treatment Alternatives, Benefits, Services and Information regarding Drugs Currently Prescribed:** In the course of providing treatment for you, we may use your health information to contact you about health promotion activities, disease awareness, case management or to remind you about an appointment for treatment or services. We may also use your health information in order to recommend possible treatment alternatives or health-related benefits and services that may be of interest to you. However, to the extent a third party provides financial remuneration to us so that we make these treatment or healthcare operations related communications to you, we will secure your authorization in advance as we would with any other marketing communication (as described later in this Notice). We may also inform you about generic equivalents of your current prescription, encourage you to continue to take your prescribed medication as directed, remind you to refill your current prescription, or provide you with information regarding self-administration of certain medications, even if a third party pays the reasonable costs incurred by us to make this communication to you.

**Business Associates:** We may disclose your health information to contractors, agents, and other business associates who need the information in order to assist us with obtaining payment or carrying out our business operations. For example, we may share your health information with a billing company that helps us to obtain payment from your insurance company. Another example is that we may share your health information with an accounting firm or law firm that provides professional advice to us about how to improve our health care services and comply with the law. If we do disclose your health information to a business associate, we will have a written contract to ensure that our business associate protects the privacy of your health information.

#### **2. Friends and Family Involved in Your Health Care**

If you do not object, we may share your health information with a family member, relative, or close personal friend who is involved in your care or payment for that care.

# Tulane University

## Notice of Privacy Practices

### **3. Emergencies or Public Need**

**Emergencies:** We may use or disclose your health information if you need an emergency treatment or if we are required by law to treat you but are unable to obtain your written consent. If this happens, we will try to obtain your written consent as soon as we reasonably can after we treat you.

**As Required by Law:** We may use or disclose your health information if we are required by law to do so. We also will notify you of these uses and disclosures if law requires notice.

**Public Health Activities:** We may disclose your health information to authorized public health officials (or a foreign government agency collaborating with such officials) so they may carry out their public health activities under the law, such as controlling disease or public health hazards. We may also disclose your health information to a person who may have been exposed to a communicable disease or be at risk for contracting or spreading the disease if a law permits us to do so. We may also release your health information to government disease registries. And finally, we may release some health information about you to your employer if your employer hires us to provide you with a physical exam and we discover that you have a work-related injury or disease that your employer must know about in order to comply with employment laws.

**Victims of Abuse, Neglect, or Domestic Violence:** We may release your health information to a public health authority that is authorized to receive reports of abuse, neglect, or domestic violence.

**Health Oversight Activities:** We may release your health information to government agencies authorized to conduct audits, investigations and inspections of our office. These government agencies monitor the operation of the health care system, government benefit programs such as Medicare and Medicaid, and compliance with government regulatory programs and civil rights laws.

**Product Monitoring, Repair, and Recall:** We may disclose your health information to a person or company that is regulated by the Food and Drug Administration for the purpose of: (1) reporting or tracking product defects or problems; (2) repairing, replacing, or recalling defective or dangerous products; or (3) monitoring the performance of a product after it has been approved for use by the general public.

**Lawsuits and Disputes:** We may disclose your health information if we are ordered to do so by a court or administrative tribunal that is handling a lawsuit or other dispute. We may also disclose your information in response to a subpoena, discovery request, or other lawful request by someone else involved in the dispute.

**Law Enforcement:** We may disclose your health information to law enforcement officials for certain reasons, such as complying with court orders, assisting in the identification of fugitives or the location of missing persons, or if necessary to report a crime that occurred on our property.

**To Avert a Serious and Imminent Threat to Health or Safety:** We may use your health information or share it with others when necessary to prevent a serious and imminent threat to your health or safety, or the health or safety of another person or the public. In such cases we will only share your information with someone able to prevent the threat. We may also disclose your health information to law enforcement officers if you tell us that you participated in a violent crime that may have caused serious physical harm to another person, or if we determine that you escaped from lawful custody (such as a prison or mental health institution).

**National Security and Intelligence Activities or Protective Services:** We may disclose your health information to authorized federal officials who are conducting national security and intelligence activities or providing protective services to the President or other important officials.

**Military and Veterans:** If you are in the Armed Forces, we may disclose health information about you to appropriate military command authorities for activities they deem necessary to carry out in their military mission. We may also release health information about foreign military personnel to the appropriate foreign military authority.

# Tulane University

## Notice of Privacy Practices

**Inmates and Correctional Institutions:** If you are an inmate or you are detained by a law enforcement officer, we may disclose your health information to the prison officers or law enforcement officers if necessary to provide you with health care, or to maintain safety, security, and good order at the place where you are confined. This includes sharing information that is necessary to protect the health and safety of other inmates or persons involved in supervising or transporting inmates.

**Workers' Compensation:** We may disclose your health information for workers' compensation or similar programs that provide benefits for work-related injuries.

**Coroners, Medical Examiners, and Funeral Directors:** In the unfortunate event of your death, we may disclose health care information to a coroner or medical examiner. We may also release this information to funeral directors as necessary to carry out their duties consistent with applicable law.

**Organ and Tissue Donation:** In the unfortunate event of your death, we may disclose your health information to a medical examiner for his other records.

#### **4. Marketing, Research and Fundraising**

**Marketing:** We may not disclose your health information or share it with others outside Tulane University Medical Group for purposes of marketing without your prior authorization. Marketing is a communication about a product or service that encourages recipients of the communication to purchase or use the product or service.

However, we may inform you about products or services during face-to-face communications with you without your authorization, including providing related written materials to you. We may also, without your authorization, provide to you promotional gifts of nominal value that may encourage you to purchase or use a product or service.

**Research:** We are permitted to use and disclose your health information for research with your authorization or under limited circumstances as permitted by law, for example, when approved by the institutional review board.

**Fundraising:** We are permitted to use your demographic information and dates of your health care for purposes of fundraising. However, you have the right to opt-out of future communications and can do so by following the opt-out instructions provided as part of the fundraising communication. Fundraising is a communication from Tulane University Medical Group or one of its business associates for the purpose of raising funds for Tulane University Medical Group, including appeals for money or sponsorship of events.

#### **5. Completely De-identified or Partially De-identified Information**

We may use and disclose your health care information if we have removed any information that has the potential to identify you so that the health information is "completely de-identified." We may also use and disclose "partially de-identified" health information about you if the person who will receive the information signs an agreement to protect the privacy of the information as required by federal and state law. Partially de-identified health information will not contain any information that would directly identify you (such as your name, street address, social security number, phone number, fax number, electronic mail address, website address, or license number).

#### **6. Incidental Disclosures**

While we will take reasonable steps to safeguard the privacy of your health information, certain disclosures of your health information may occur during or as an unavoidable result of our otherwise permissible uses or disclosures of your health information. For example, during the course of treatment session, other patients in the treatment area may see or overhear discussion of your health information.

# Tulane University

## Notice of Privacy Practices

### YOUR RIGHTS TO ACCESS AND CONTROL YOUR HEALTH INFORMATION

*We want you to know that you have the following rights to access and control your health information:*

#### **1. Right to Inspect and Copy Records**

You have the right to inspect and obtain a copy from us in a timely manner of any of your health information that may be used to make decisions about you and your treatment for as long as we maintain this information in our records. This includes medical and billing records. To inspect or obtain a copy of your health information, please submit your request in writing to the manager of the clinic where you have been seen. If you request a copy of the information, we may charge a fee for costs of copying, mailing, or other supplies we use to fulfill your request. If the information you request is stored electronically, we will provide the information in the form and format you request if the information is readily producible in that format, or, if not, we will reach an agreement with you as to alternative readable electronic format. Under certain very limited circumstances, we may deny your request to inspect or obtain a copy of your information. If we do, we will provide a written denial that explains our reasons for doing so and a complete description of your rights to have that decision reviewed and how you can exercise those rights.

#### **2. Right to Amend Records**

If you believe that the health information that we have about you is incorrect or incomplete, you may ask us to amend the information for as long as the information is kept in our records. To request an amendment, please write to the manager of the clinic where you have been seen who will forward the request to the Privacy Official. Your request should include the reasons why you think we should make the amendment. If we deny part or all of your request, we will provide a written notice that explains our reasons for doing so. You will have the right to have certain information related to your requested amendment included in your records.

#### **3. Right to an Accounting of Disclosures**

You have a right to request an “accounting of disclosures,” which identifies certain other persons or organizations to whom we may have disclosed your health information in the previous six years. Many routine disclosures we make will not be included in this accounting; however, the accounting will include many non-routine disclosures. To request an accounting of disclosures, write the request indicating a time period within the past six years for the disclosures you want us to include and address it to the manager of the clinic where you have been seen who will forward the request to the Privacy Official. You have a right to receive one accounting within every 12-month period for free. However, we may charge you for the cost of providing any additional accounting in that same 12-month period. The scope of your right to request an accounting may be modified by changes in federal law from time to time.

#### **4. Right to Request Additional Privacy Protections, Including Restriction of Disclosures to Health Plans**

You have the right to request that we further restrict the way we use and disclose your health information to treat your condition, collect payment for that treatment, or run our business operations. You may also request that we limit how we disclose information about you to family or friends involved in your care. To request restrictions please write to the manager of the clinic where you have been seen who will forward the request to the Privacy Official.

We are not required to agree to your request for a restriction, and in some cases, the restriction you request may not be permitted under law. *However, if we do agree we will be bound by our agreement unless the information is needed to provide you with emergency treatment or comply with the law.* Once we have agreed to a restriction, you have the right to revoke the restriction at any time. Under some circumstance we will also have the right to revoke the restriction as long as we notify you before doing so; in other cases we will need your permission before we can revoke the restriction. You have the right to restrict certain disclosures of protected health information to a health plan where you pay, or another person on your behalf pays, out of pocket in full for the health care item or service.

# Tulane University

## Notice of Privacy Practices

### **5. Right to Request Confidential Communications**

You have the right to request that we contact you about your medical matters in a way that is more confidential for you, such as calling you at home instead of at work. To request more confidential communications, please write to the manager of the clinic where you have been seen. *We will not ask you the reason for your request, and we will try to accommodate all reasonable requests.*

### **6. Right to Have Someone Act on Your Behalf**

You have the right to name a personal representative who may act on your behalf to control the privacy of your health information. Parents and guardians will generally have the right to control the privacy of health information about minors unless the minors are permitted by law to act on their own behalf.

### **7. Right to Obtain a Copy of Notices**

You may obtain a copy of this Notice by requesting a copy at your visit. We may change our privacy practices from time to time. If we do, we will revise the notice maintained in the office. You will also be able to obtain your own copy of the revised notice. The effective date of the Notice will always be noted in the top left corner of the first page. We are required to abide by the terms of the Notice that is currently in effect.

### **8. Right to File a Complaint**

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with us or the Secretary of the Department of Health and Human Services. To file a complaint with us, please contact:

Privacy Official  
1430 Tulane Avenue – TW 3  
New Orleans, LA 70112

*No one will retaliate or take action against you for your complaint.*

### **9. Right to be Notified Following a Breach of Unsecured Protected Health Information**

If you are affected by a breach of your unsecured protected health information, you have the right to, and will, receive notice of such breach. Unsecured protected health information is health information that has not been secured through the use of technology, such as encryption, to render your protected health information unusable, unreadable, or indecipherable to unauthorized individuals.

### **10. How to Learn About Special Protections for Certain Kinds of Information**

Special privacy protections apply to certain kinds of information under state laws (e.g. HIV-related information). Some parts of this general notice of privacy practices may not apply to these types of information. If your treatment involves this specially protected information, you may be provided with separate notices explaining how the information will be protected. To request copies of these other notices, please contact the Privacy Official.

### **11. To exercise any of your individual rights, contact the following:**

Privacy Official  
1430 Tulane Avenue – TW 3  
New Orleans, LA 70112

If you have any questions about this Notice or would like further information, please contact the Privacy Official at 504-988-7739.



# Tulane University

## Notice of Privacy Practices

### **TULANE UNIVERSITY MEDICAL GROUP ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

I hereby acknowledge that I received a copy of the Tulane University Medical Group Notice of Privacy Practices.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Print Patient's Name \_\_\_\_\_

If not signed by the patient, please indicate relationship: \_\_\_\_\_

Print Name \_\_\_\_\_ Witness \_\_\_\_\_

# Tulane University

## Aviso Relativo a Prácticas de Privacidad

**Vigente desde el 6 de agosto de 2004, Revisado el 1º de julio de 2013**

ESTE AVISO RELATIVO A PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (“AVISO”) DESCRIBE CÓMO PUEDE SER UTILIZADA Y DADA A CONOCER LA INFORMACIÓN MÉDICA RELATIVA A SU PERSONA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR EXAMÍNELO CUIDADOSAMENTE.

La ley requiere que protejamos la privacidad de toda aquella información relativa a salud que pudiera revelar su identidad y que le proporcionemos una copia de este Aviso, el cual describe las prácticas de privacidad del Grupo Médico de la Universidad de Tulane en lo referente a la información relativa a salud. Este aviso cubre la información que poseen los centros no hospitalarios del Grupo Médico de la Universidad de Tulane. Una copia de este Aviso actualizado se conservará siempre en nuestra oficina. A usted se le entregará un Aviso en el momento en que solicite tratamiento por primera vez. Usted también podrá obtener su propia copia llamando al teléfono 504-988-7739 o bien solicitándola en el momento de su próxima visita.

Este Aviso no cubre la información relativa a salud generada y mantenida por un hospital, para aquellos servicios hospitalarios que le proporcione a usted un médico del Grupo Médico de la Universidad de Tulane. Por favor refiérase al aviso relativo a prácticas de privacidad del hospital para conocer cómo se puede utilizar y mantener dicha información médica.

### **QUÉ INFORMACIÓN RELATIVA A SALUD ES LA QUE ESTÁ PROTEGIDA**

Nosotros tenemos el compromiso de proteger la privacidad de la información que recolectamos acerca de su persona mientras le estemos proporcionando servicios relacionados con la salud. Algunos ejemplos de información protegida relativa a salud son:

- Información que indique que usted es paciente del Grupo Médico de la Universidad de Tulane o que está recibiendo tratamiento o servicios relacionados con la salud por parte del Grupo Médico de la Universidad de Tulane;
- Información acerca de una condición de su salud (tal como una enfermedad que usted pudiera tener);
- Información acerca de productos para el cuidado de la salud o servicios que usted haya recibido o pudiera recibir en el futuro (tal como una operación); o
- Información acerca de sus beneficios para atención de la salud bajo un plan de seguro (tales como la probable cobertura de una prescripción); *cuando se combina con:*
  - Información demográfica (tal como su nombre, domicilio o situación del seguro);
  - Números exclusivos que pudieran identificarle (tal como el número de su seguro social, su número de teléfono o el número de su licencia de conducir); u
  - Otros tipos de información que pudieran identificar quien es usted.

### **REQUISITO DE AUTORIZACIÓN ESCRITA**

Antes de utilizar la información relativa a su salud o compartirla con otros fuera del Grupo Médico de la Universidad de Tulane, nosotros obtendremos su autorización por escrito, excepto en aquellas situaciones que se describen en este Aviso. Los usos y revelaciones de información relativa a salud que requieren su autorización por escrito incluyen: la mayoría de los usos y revelaciones de las notas de psicoterapia (cuando corresponda), la mayoría de los usos y revelaciones de la información relativa a salud para propósitos de comercialización y revelaciones que constituyan la venta de información protegida relativa a salud. Los usos y revelaciones que nosotros hagamos de información protegida relativa a su salud, que no estén descriptos en este Aviso, se harán solamente con su autorización por escrito.

Si usted nos proporciona una autorización escrita, la puede revocar en cualquier momento, excepto en la medida en que nosotros hayamos hecho uso de la misma. Para revocar la autorización escrita, por favor solicite un formulario de revocación de autorización al administrador de la clínica. Usted puede también iniciar la transferencia de sus registros a otra persona completando un formulario de autorización por escrito.

# Tulane University

## Aviso Relativo a Prácticas de Privacidad

### CÓMO PODEMOS USAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN RELATIVA A SU SALUD SIN SU AUTORIZACIÓN ESCRITA

Estas son algunas situaciones en las cuales nosotros no necesitamos su autorización escrita antes de utilizar o compartir con otros la información relativa a su salud. Las mismas son:

#### **1. Tratamiento, Pago y Operaciones Relacionadas con la Atención de la Salud**

*El Grupo Médico de la Universidad de Tulane puede utilizar o compartir con otros la información relativa a la atención de su salud a fin de proporcionarle a usted servicios de atención de la salud, obtener el pago de dichos servicios y conducir las operaciones de negocios normales del Grupo Médico de la Universidad de Tulane. En algunos casos, nosotros también podemos revelar la información relativa a su salud para actividades relacionadas con pagos y ciertas operaciones de negocios de otro prestador de atención de la salud o pagador. A continuación hay más ejemplos acerca de cómo se puede utilizar y revelar su información para tratamiento, pagos y operaciones normales de negocios sin su autorización escrita.*

**Tratamiento:** Podemos compartir la información relativa a su salud con médicos u otros clínicos del Grupo Médico de la Universidad de Tulane, que estén involucrados en proporcionarle atención y ellos a su vez pueden utilizar esa información para hacer su diagnóstico o proporcionarle tratamiento. Los médicos o los clínicos del Grupo Médico de la Universidad de Tulane pueden compartir la información relativa a su salud con otro médico, clínico o alguien de otra práctica médica u hospital, para determinar cómo hacer su diagnóstico o proporcionarle tratamiento. Su médico o su clínico también pueden compartir la información relativa a su salud con otro médico al cual a usted se le haya referido para obtener atención adicional para su salud.

**Pagos:** Nosotros podemos usar la información relativa a su salud o compartirla con otros con la finalidad de obtener el pago de los servicios de atención de su salud. Por ejemplo, nosotros podemos compartir la información acerca de su persona con la compañía de su seguro de salud a fin de obtener el reembolso después de haberle tratado. En algunos casos, podemos compartir la información acerca de su persona con la compañía de su seguro de salud a fin de determinar si dicha compañía va a cubrir su tratamiento.

**Operaciones de Atención de la Salud:** Nosotros podemos utilizar o compartir con otros la información relativa a su salud a fin de conducir las operaciones de nuestro negocio. Por ejemplo, podemos utilizar la información relativa a su salud para evaluar cómo se desempeña nuestro personal brindándole atención o para enseñarle a nuestro personal cómo mejorar la atención que le proporciona a usted.

**Recordatorios de Citas, Alternativas de Tratamiento, Beneficios, Servicios e Información Relacionados con Drogas Actualmente Prescritas:** Durante el curso de un tratamiento que eventualmente le estemos proporcionando, podríamos hacer uso de la información relativa a su salud con la finalidad de ponernos en contacto con usted acerca de actividades de promoción de la salud, conciencia sobre enfermedades, administración de casos o para recordarle sus citas para un tratamiento o servicios. También podemos usar la información relativa a su salud con la finalidad de recomendar alternativas posibles de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que pudieran ser de interés para usted. Sin embargo, en la medida que un tercero nos proporcione una remuneración financiera para que le hagamos a usted estas comunicaciones relacionadas con operaciones relativas a tratamientos o atención de la salud, nos aseguraremos de tener su autorización por anticipado del mismo modo en que lo haríamos con cualquier otra comunicación comercial (tal como se describe más adelante en este Aviso). También podemos informarle todo lo relativo a genéricos equivalentes a su actual prescripción, estimularle para que continúe tomando su medicación prescrita como ha sido indicada, recordarle de resurtir su actual prescripción o facilitarle información relativa a la auto-administración de ciertos medicamentos, aún en el caso en que un tercero pague los costos razonables en los cuales hemos incurrido para hacerle llegar a usted esta comunicación.

**Socios de Negocios:** Podemos revelar la información relativa a su salud a contratistas, agentes y otros socios de negocios que necesiten la información con la finalidad de ayudarnos a obtener un pago o para llevar a cabo nuestras operaciones de negocios. Por ejemplo, podemos compartir la información relativa a su salud con una compañía de facturación que nos ayude a obtener el pago por parte de su compañía de seguros. Otro ejemplo es que podemos compartir la información relativa a su salud con un estudio contable o legal que nos brinde consejo profesional acerca de cómo mejorar nuestros servicios de atención de la salud y

# Tulane University

## Aviso Relativo a Prácticas de Privacidad

cumplir con la ley. Si nosotros revelamos la información relativa a su salud a un socio de negocios, haremos un contrato escrito para asegurar que nuestro socio de negocios proteja la privacidad de la información relativa a su salud.

### **2. Amigos y Familiares Involucrados en la Atención de su Salud**

Si usted no lo objeta, podemos compartir la información relativa a su salud con un miembro de su familia, pariente o amigo personal cercano que esté involucrado en su atención o con el pago de la misma.

### **3. Emergencias o Necesidad Pública**

**Emergencias:** Podemos usar o revelar la información relativa a su salud si usted necesita un tratamiento de emergencia o si la ley nos requiere que le brindemos tratamiento pero no estamos en condiciones de obtener su consentimiento por escrito. Si esto ocurre, trataremos de obtener su consentimiento por escrito tan pronto como razonablemente podamos después de haberle brindado el tratamiento.

**Según lo Requiera la Ley:** Podemos usar o revelar la información relativa a su salud si la ley requiere que así lo hagamos. Nosotros también le notificaremos acerca de estos usos y revelaciones si la ley requiere el aviso.

**Actividades Relativas a la Salud Pública:** Podemos revelar la información relativa a su salud a los funcionarios de salud pública autorizados (o a una agencia gubernamental extranjera que colabore con dichos funcionarios) de tal modo que puedan llevar a cabo sus actividades relacionadas con la salud pública de acuerdo con la ley, tales como controlar enfermedades o riesgos para la salud pública. Podemos también revelar la información relativa a su salud, si una ley nos permite hacerlo, a una persona que pudiera haber estado expuesta a una enfermedad transmisible o esté bajo el riesgo de contraer o diseminar la enfermedad. También podemos revelar la información relativa a su salud a los registros gubernamentales de enfermedades. Y finalmente, podemos liberar alguna información relativa a su salud a su empleador si este nos contrata para que le sometamos a un examen físico y descubrimos que usted padece una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo acerca de la cual su empleador debe estar en conocimiento a fin de cumplir con las leyes relativas al empleo.

**Víctimas de Abusos, Negligencia o Violencia Doméstica:** Podemos entregar la información relativa a su salud a una autoridad de la salud pública que esté autorizada a recibir reportes sobre abuso, negligencia o violencia doméstica.

**Actividades de Supervisión de la Salud:** Podemos entregar la información relativa a su salud a agencias gubernamentales autorizadas a conducir auditorías, investigaciones e inspecciones de nuestras oficinas. Estas agencias gubernamentales monitorean la operación del sistema de atención de la salud, los programas de beneficios del gobierno tales como Medicare y Medicaid y el cumplimiento de los programas gubernamentales de regulación y leyes relativas a los derechos civiles.

**Monitoreo, Reparación y Anulación de Productos:** Podemos revelar la información relativa a su salud a una persona o compañía que esté regulada por la Administración de Alimentos y Drogas con el propósito de: (1) reportar o hacer seguimiento de defectos o problemas de un producto; (2) reparar, reemplazar o anular productos defectuosos o peligrosos; o (3) monitorear el desempeño de un producto después que su uso haya sido aprobado para el público en general.

**Juicios y Disputas:** Podemos revelar la información relativa a su salud si nos lo ordena una corte o tribunal administrativo que esté manejando un juicio u otra disputa. También podemos revelar su información en respuesta a una citación judicial, solicitud de revelación u otro requerimiento legal por parte de alguna otra persona involucrada en la disputa.

**Cumplimiento de la Ley:** Podemos revelar la información relativa a su salud a las autoridades a cargo del cumplimiento de la ley por ciertas razones, tales como cumplir con órdenes de la corte, asistir en la identificación de fugitivos o la localización de personas desaparecidas o si fuera necesario reportar un delito que haya ocurrido en nuestra propiedad.

**Para Prevenir una Seria e Inminente Amenaza para la Salud o la Seguridad:** Podemos usar o compartir con otros la información relativa a su salud cuando sea necesario prevenir una seria e inminente amenaza para su salud o seguridad o para la salud o seguridad de otra persona o la del público. En tales casos solamente compartiremos su información con alguien que esté en condiciones de prevenir la amenaza. También podemos revelar la información relativa a su salud a las autoridades a cargo del

# Tulane University

## Aviso Relativo a Prácticas de Privacidad

cumplimiento de la ley si usted nos dice que ha participado en un delito o crimen violento que pudiera haber causado serias lesiones físicas a otra persona o si determinamos que usted se ha escapado de una custodia legal (tal como una prisión o institución de salud mental).

**Actividades Relacionadas con la Seguridad e Inteligencia Nacional o Servicios de Protección:** Podemos revelar la información relativa a su salud a autoridades federales autorizadas que estén conduciendo actividades relacionadas con la seguridad e inteligencia nacional o proporcionen servicios de protección al Presidente o a otras autoridades importantes.

**Militares y Veteranos:** Si usted está en las Fuerzas Armadas, podemos revelar la información relativa a su salud a las autoridades del comando militar correspondiente, para las actividades que ellos consideren necesarias para llevar a cabo su misión militar. También podemos revelar información relativa a la salud de personal militar extranjero a las autoridades militares extranjeras correspondientes.

**Presidarios e Instituciones Correccionales:** Si usted es un presidiario o le detiene una autoridad a cargo del cumplimiento de la ley, podemos revelar la información relativa a su salud a las autoridades de la prisión o a quienes estén a cargo del cumplimiento de la ley si fuera necesario brindarle a usted atención médica o mantener la seguridad y el buen orden en el lugar en el cual usted está confinado. Esto incluye compartir información que es necesaria para proteger la salud y la seguridad de otros presidiarios o personas involucradas en la supervisión o transporte de presidiarios.

**Compensación del Trabajador:** Podemos revelar la información relativa a su salud para compensación del trabajador o programas similares que proporcionen beneficios por lesiones relacionadas con el trabajo.

**Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerales:** En el desafortunado caso de su muerte, podemos revelar la información relativa a su salud a un forense o examinador médico. También podemos entregar esta información a directores de funerales según sea necesario para que puedan cumplir con sus deberes de acuerdo con las leyes de aplicación.

**Donación de Órganos y Tejidos:** En el desafortunado caso de su muerte, podemos revelar la información relativa a su salud a un examinador médico para sus otros registros.

#### 4. Comercialización, Investigación y Recaudación de Fondos

**Comercialización:** Nosotros no podemos revelar ni compartir con otros fuera del Grupo Médico de la Universidad de Tulane, la información relativa a su salud para propósitos de comercialización sin su autorización previa. La Comercialización es una comunicación acerca de un producto o servicio que alienta a los receptores de dicha comunicación a comprar o usar el producto o servicio.

Sin embargo, nosotros podemos informarle acerca de estos productos o servicios mediante comunicaciones cara a cara con usted sin su autorización, incluyendo suministrarle materiales escritos relacionados con el tema. También podemos, sin su autorización, hacerle regalos promocionales de un valor nominal que puedan alentarle a comprar o usar un producto o servicio.

**Investigación:** Se nos permite utilizar y revelar la información a usted su salud para investigación con su autorización o bajo circunstancias limitadas según lo permitido por la ley, por ejemplo, cuando esté aprobado por el comité de revisión institucional.

**Recaudación de Fondos:** Con el propósito de recaudar fondos, se nos permite utilizar su información personal y los datos de la atención de su salud. De todas formas, usted tiene el derecho de optar por no recibir futuras comunicaciones y lo puede hacer siguiendo las instrucciones al respecto, proporcionadas como parte de la comunicación relativa a la recaudación de fondos. La Recaudación de Fondos es por medio de una comunicación del Grupo Médico de la Universidad de Tulane o de sus socios de negocios con el propósito de recaudar fondos para el Grupo Médico de la Universidad de Tulane, incluyendo petitorios para la obtención de dinero o patrocinio de eventos.

#### 5. Información Totalmente Libre de identificación o Parcialmente Libre de Identificación

# Tulane University

## **Aviso Relativo a Prácticas de Privacidad**

Nosotros podemos utilizar y revelar la información relativa a la atención de su salud si antes quitamos toda aquella información que tenga la posibilidad de identificar a su persona de modo tal que dicha información relativa a su salud esté “totalmente libre de identificación.” También podemos utilizar y revelar la información relativa a su salud “parcialmente libre de identificación” si la persona que recibe dicha información firma un acuerdo para proteger la privacidad de la misma tal como lo requieren las leyes federales y estatales. La información parcialmente libre de identificación no contendrá información alguna que identifique a su persona en forma directa (tal como su nombre, domicilio, número de seguro social, número de teléfono, número de fax, dirección de correo electrónico, dirección de un sitio de Internet o número de licencia).

### **6. Revelación Incidental**

A pesar de que tomaremos las medidas razonables para salvaguardar la privacidad de la información relativa a su salud, pueden ocurrir ciertas revelaciones de la misma durante nuestro uso o como resultado inevitable de nuestro uso o revelación de otra manera permitidos, de dicha información. Por ejemplo, durante el curso de una sesión del tratamiento, otros pacientes que estén en el área pueden ver u oír alguna discusión sobre la información relativa a su salud.

# Tulane University

## Aviso Relativo a Prácticas de Privacidad

### SUS DERECHOS AL ACCESO Y CONTROL DE LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

*Es nuestro deseo que usted sepa que tiene los siguientes derechos para acceder y controlar la información relativa a su salud:*

#### **1. Derecho a Inspeccionar y Copiar los Archivos**

Mientras nosotros mantengamos esta información en nuestros archivos, usted tendrá el derecho de inspeccionar y obtener de nuestra parte y en forma puntual una copia de la información relativa a su salud que podrá ser utilizada para tomar decisiones sobre su persona y su tratamiento. Esto incluye archivos médicos y de facturación. Para inspeccionar u obtener una copia de la información relativa a su salud, por favor envíe un pedido por escrito al administrador de la clínica donde le han proporcionado atención. Si usted pide una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa por costos de copiado, envío postal u otros suministros que utilicemos para satisfacer su pedido. Si la información que usted requiere está almacenada electrónicamente, se la suministraremos en la forma y formato requeridos por usted si dicha información se puede reproducir fácilmente en dicho formato o en caso contrario, llegaremos a un acuerdo con usted para elegir una alternativa que se pueda leer en un formato electrónico. Bajo muy limitadas circunstancias, podemos negarnos a satisfacer su pedido de inspeccionar u obtener una copia de su información. Si lo hacemos, le entregaremos por escrito la negativa explicando nuestras razones para proceder así y una descripción completa de sus derechos de solicitar la revisión de esta decisión y cómo puede usted ejercitar dichos derechos.

#### **2. Derecho a Enmendar los Archivos**

Si usted cree que la información que nosotros poseemos con relación a su salud es incorrecta o incompleta, puede pedirnos la enmienda de la misma durante todo el tiempo que esta información esté en nuestros registros. Para solicitar una enmienda, por favor escriba al administrador de la clínica donde le han proporcionado la atención, quien a su vez enviará el pedido al Oficial de Privacidad. Su pedido deberá incluir las razones por las cuales usted piensa que deberíamos realizar una enmienda. Si nosotros denegamos una parte o la totalidad del pedido, entregaremos una nota escrita explicando nuestras razones para proceder así. Usted tendrá derecho a que cierta información relacionada con la enmienda solicitada sea incluida en sus archivos.

#### **3. Derecho a una Contabilización de las Revelaciones**

Usted tiene el derecho de requerir una “contabilización de las revelaciones,” que identifique a ciertas otras personas u organizaciones a quienes nosotros les pudiéramos haber dado a conocer la información relativa a su salud durante los seis años previos. Muchas de las revelaciones de rutina que realizamos no serán incluidas en esta contabilización; de todas formas, la contabilización incluirá muchas revelaciones que no son de rutina. Para solicitar una contabilización de las revelaciones, haga el pedido por escrito indicando el período de tiempo, dentro de los seis años previos, de las revelaciones que usted desee que incluyamos y envíelo al director de la clínica donde haya sido tratado/a quien lo reenviará al Oficial de Privacidad. Usted tiene el derecho de recibir una contabilización dentro de cada período de 12 meses, en forma gratuita. Sin embargo, nosotros podemos cobrarle el costo de proporcionarle cualquier contabilización adicional en ese mismo período de 12 meses. El alcance del derecho que usted tiene de solicitar una contabilización, puede ser modificado de vez en cuando por cambios en la ley federal.

#### **4. Derecho a Solicitar Protecciones de Privacidad Adicionales, Incluyendo la Restricción de Revelaciones a Planes de Salud**

Usted tiene el derecho de solicitar que restrinjamos aún más la forma en la cual utilizamos y revelamos la información sobre su salud para tratar su condición, obtener los pagos para dicho tratamiento o ejecutar nuestras operaciones de negocios. Usted puede también solicitar que limitemos la forma en la cual revelamos la información relativa a su persona a familiares o amigos involucrados en su atención. Para solicitar dichas restricciones por favor escriba al administrador de la clínica donde le han proporcionado atención quien a su vez enviará dicho pedido al Oficial de Privacidad.

Nosotros no estamos obligados a estar de acuerdo con su pedido de restricción, en algunos casos, la restricción solicitada por usted podría no estar permitida por la ley. *Sin embargo, si estamos de acuerdo, estaremos sujetos a nuestro acuerdo a menos que la información se necesite para prestarle un tratamiento de emergencia o para cumplir con la ley.* Una vez que nosotros hayamos acordado otorgar una restricción, usted tendrá el derecho de revocarla en cualquier momento. Bajo algunas

# Tulane University

## Aviso Relativo a Prácticas de Privacidad

circunstancias nosotros también tendremos el derecho de revocar la restricción siempre que se lo notifiemos a usted antes de hacerlo; en otros casos necesitaremos su permiso antes de que podamos revocar dicha restricción. Usted tiene el derecho de restringir ciertas revelaciones de información protegida relativa a su salud, al plan de salud al cual usted u otra persona le está pagando de su bolsillo en su nombre, el total del monto para el rubro o servicio de atención de la salud.

### **5. Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales**

Usted tiene el derecho de solicitar que nos pongamos en contacto de una forma más confidencial con usted acerca de sus asuntos médicos, como por ejemplo llamándole a su casa en lugar de hacerlo al trabajo. Con la finalidad de solicitar comunicaciones más confidenciales, por favor escriba al administrador de la clínica donde le han proporcionado la atención. *No le pediremos la razón de su pedido y trataremos de acomodar todos los pedidos que sean razonables.*

### **6. Derecho a Contar con Alguien que le Represente**

Usted tiene el derecho de nombrar a un representante personal quien pueda actuar en su representación para controlar la privacidad de la información sobre su salud. Los padres y tutores generalmente tienen el derecho de controlar la privacidad de los informes relativos a la salud de los menores, a menos que a los menores se les permita por ley actuar en su propio nombre.

### **7. Derecho a Obtener una Copia de los Avisos**

Usted puede obtener una copia de este Aviso solicitándola durante su visita. Nosotros podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad de tanto en tanto. Si así lo hiciéramos, revisaremos el aviso mantenido en la oficina. Usted también estará en condiciones de obtener su propia copia del aviso modificado. La fecha efectiva del aviso siempre figurará en el ángulo superior izquierdo de la primera página. Nosotros tenemos el requisito de cumplir con los términos del Aviso que estén actualmente vigentes.

### **8. Derecho a Presentar una Queja**

Si usted piensa que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante nosotros o ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante nosotros, por favor, póngase en contacto con:

Oficial de Privacidad  
1430 Tulane Avenue – TW 3  
New Orleans, LA 70112

*Nadie tomará represalias ni acciones contra usted por haber presentado la queja.*

### **9. Derecho a Ser Notificado/a a Continuación de Una Violación de la Información Protegida Relativa a Salud Cuya Seguridad no Está Garantizada**

Si usted se ve afectado/a por una violación de la información protegida relativa a salud cuya seguridad no está garantizada, tiene el derecho de recibir y recibirá un aviso relativo a tal violación. La información protegida relativa a salud cuya seguridad no está garantizada, es aquella información cuya seguridad no ha sido garantizada a través del uso de una tecnología, tal como encriptación, para lograr que la información protegida relativa a salud sea inutilizable, ilegible o indescifrable para personas no autorizadas.

### **10. Cómo Conocer Acerca de Protecciones Especiales para Ciertos Tipos de Información**

Ciertas protecciones especiales de la privacidad se aplican para ciertos tipos de información bajo las leyes estatales (por ej. información relacionada con VIH). Algunas partes de este aviso general relativo a prácticas de privacidad podrían no tener aplicación para estos tipos de información. Si su tratamiento involucra esta información especialmente protegida, le podemos proporcionar avisos por separado explicando cómo será protegida dicha información. Para solicitar las copias de estos otros avisos, por favor póngase en contacto con el Oficial de Privacidad.



# Tulane University

## Aviso Relativo a Prácticas de Privacidad

**11. Para ejercitar cualquiera sus derechos individuales, póngase en contacto con:**

Oficial de Privacidad  
1430 Tulane Avenue – TW 3  
New Orleans, LA 70112

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este Aviso o quisiera recibir más información, por favor póngase en contacto con el Oficial de Privacidad llamando al 504-988-7739.

# Tulane University

## Aviso Relativo a Prácticas de Privacidad

### **GRUPO MÉDICO DE LA UNIVERSIDAD DE TULANE ACUSE DE RECIBO DEL AVISO RELATIVO A PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Yo, por la presente, certifico haber recibido una copia del aviso relativo a prácticas de privacidad del Grupo Médico de la Universidad de Tulane.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente en Letras de Molde \_\_\_\_\_

Si no está firmado por el paciente, por favor indicar la relación: \_\_\_\_\_

Nombre en Letras de Molde \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_