

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED BY THE LEXINGTON-FAYETTE COUNTY HEALTH DEPARTMENT (LFCHD) AND HOW YOU MAY ACCESS YOUR INFORMATION. PLEASE READ CAREFULLY.

You will be asked to sign an acknowledgement form upon receipt of this notice.

YOUR RIGHTS

When it comes to your health information, you as the The section below explains your rights regarding your medical information.

You may request additional copies of this *Notice of Privacy Practices* or view it electronically.

- You may request a paper copy of this form, free of charge, at any time. You may also view it online at www.lexingtonhealthdepartment.org.

You may request an electronic or paper copy of your medical record.

- We will provide a copy of your medical and health information within thirty (30) days of your request. We reserve the right to charge a nominal fee for this service.

You may ask us to correct or amend your medical record.

- If you believe your record is incorrect or incomplete, you may fill out an amendment request and submit it to us with documentation of the error.
- We can only modify records created by LFCHD.
- We reserve the right to deny this request if requirements are not met. We will notify you of a denial within thirty (30) days.

You may specify ways we communicate with you.

- You may specify ways we may contact you (for example, only by phone or email or at a particular address).

You may ask us to limit what medical or personal information we use or share.

- You may ask us to limit information we use or share for treatment, payment, or in our operations.
- We reserve the right to refuse this request if it would affect how we care for you or if it would keep us from sharing information as required by law.

You may request we share your information in certain situations, including:

- When you want information shared with family, close friends, or others involved in your care.
- During a disaster relief situation.
- During fundraising drives (for example, to request donations or sponsorships). Upon request, we will remove you from contact lists for fundraising purposes. We will not share your information for marketing purposes without your prior written permission.
- In very limited situations (for example, if you are unconscious at time of treatment), we may share information necessary to minimize threats to your health and safety.

You may request a list of who has received your medical or health information from us.

- Upon request, we will provide you a listing of where your information was shared, how often it was shared, and why it was shared. Information will be released in accordance with current U.S. Department of Health and Human Services (HHS) guidelines.
- The listing for the current year will be provided free of charge. A listing beyond the current year will be provided upon payment of a nominal administrative fee.

You may choose someone to act on your behalf.

- You may choose an individual to whom you have given medical power of attorney or who serves as your legal guardian to act on your behalf regarding sharing your medical and health information. We must verify this status before sharing information on your behalf.

You may file a complaint if you feel your rights were violated.

- You may contact our Compliance Officer by phone at 859-899-2257 or by email at compliance.lfchd@ky.gov.
- You may contact the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights (OCR) by phone at 1-868-368-1019, by email at OCRComplaint@hhs.gov, by visiting online at <http://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/> or by sending a letter to OCR, HHH Building, Room 509F, 200 Independence AVE S.W., Washington, DC 20201.
- You will not be retaliated against for filing a complaint.

For more information about your rights, please visit www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

OUR USES & DISCLOSURES

The section below explains ways we use your medical and health information.

To treat you:

- We may share your information with professionals who are treating you (for example, if we are seeking a second opinion).

To receive payment for services:

- We may share your information to bill for services (for example, sending your billing information to your health insurer).

To operate our health department:

- We may share your information to improve care and to contact you (for example, to phone you after a missed appointment).

To comply with law:

- We may share non-identifying information about you, as required by law, to ensure compliance and in prevention efforts (for example, supporting product recalls). More information regarding these requirements is available at: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.
- We may share information about you, as required by law, to respond to organ and tissue donation requests, to provide information to a medical examiner or funeral director, or to address workers' compensation claims, law enforcement and other governmental agency requests, and to respond to lawsuits and legal actions.

To contact you:

- We may contact you regarding appointment scheduling, treatment and service options, and to inform you of health-related services, benefits, or products.

OUR RESPONSIBILITIES

- We are required by law to maintain the privacy and security of your protected health information.
- We will notify you promptly in case of a breach of your medical and/or health information.
- We will follow the duties and practices detailed in this notice.
- We will not share your information other than as described in this notice, unless you provide written permission to share your information in other ways. You may withdraw permission, in writing, at any time.

CHANGES TO THE TERMS OF THIS NOTICE

- The terms of this *Notice of Privacy Practices* may be changed at any time in order to comply with law. When changes are made, the new notice will be available upon request at Lexington-Fayette County Health Department sites and locations and online at www.lexingtonhealthdepartment.org.



The effective date of this Notice of Privacy Practices is December 7, 2016. This notice applies to all Lexington-Fayette County Health Department sites and locations.

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA POR EL DEPARTAMENTO DE SALUD DE LEXINGTON CONDADO FAYETTE (LFCHD) Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER SU INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

Se le pedirá firmar un acuse de reconocimiento sobre el recibo de esta notificación.

SUS DERECHOS

La siguiente sección explica sus derechos con respecto a su información médica.

Usted puede solicitar copias adicionales de esta Notificación de Prácticas de Privacidad o verla electrónicamente.

- Usted puede solicitar una copia de esta forma, gratuitamente, en cualquier momento. Se puede también ver, visitando www.lexingtonhealthdepartment.org.

Usted puede solicitar una copia electrónica o copia de papel de su expediente médico.

- Le entregaremos una copia de su información médica dentro de treinta (30) días de su solicitud. Nos reservamos el derecho de cobrar un cargo mínimo para este servicio.

Usted puede mandar a corregir o enmendar su expediente médico.

- Si usted cree que su expediente esta incorrecto o incompleto, usted puede llenar una petición y enviarla con la documentación detallando el error.
- Sólo podemos modificar registros creados por LFCHD.
- Nos reservamos el derecho a negar la petición, si no se cumplen los requisitos. Nosotros le notificaremos de la negación dentro de treinta (30) días.

Usted puede especificar la(s) manera(s) en cual(es) podemos comunicarnos con usted.

- Puede especificar como lo podemos contactar (por ejemplo, sólo por teléfono o correo electrónico o a un domicilio particular).

Usted puede pedir que limitemos cierta información médica o personal que usemos o compartamos.

- Usted nos puede pedir que limitemos información que usemos o compartamos para tratamiento, pago o en nuestras operaciones.
- Nos reservamos el derecho a negar su solicitud si afectaría cómo cuidamos de usted o si es requerido por la ley compartir su información.

Usted puede solicitar que compartamos su información en ciertas situaciones, incluyendo:

- Cuando desee compartir su información con su familia, amigos cercanos y otros involucrados en su cuidado.
- Durante una situación de alivio de desastre.
- Durante la recaudación de fondos (por ejemplo, a solicitar donaciones o patrocinios). A petición, lo quitaremos de las listas de contacto para propósito de recaudación de fondos. No compartiremos su información para fines de marketing sin su consentimiento por escrito.
- En situaciones muy limitadas (por ejemplo, si usted está inconsciente en el momento del tratamiento), podemos compartir información necesaria para minimizar el peligro de su seguridad y salud.

Usted puede solicitar una lista de quién ha recibido su información médica o de salud de nosotros.

- A petición, le ofreceremos una lista de donde su información ha sido compartida, con qué frecuencia fue compartida, y por qué fue compartida. La información será presentada según el Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos (HHS).
- La lista del año corriente será ofrecida de forma gratuita. Un listado más allá del año actual se presentará al recibo de un cargo mínimo.

Usted puede elegir a alguien para actuar en su nombre.

- Usted puede elegir un individuo a quien le ha dado poder médico o quién sirve como su tutor legal para actuar en su nombre con respecto su información médica y de salud. Verificaremos esta situación antes de compartir información sobre su nombre.

Usted puede presentar una queja si usted siente que sus derechos fueron violados.

- Puede comunicarse con nuestro Oficial de Cumplimiento por teléfono 859-899-2257 o por correo electrónico, compliance.lfchd@ky.gov.
- Puede comunicarse con la oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para los Derechos Civiles (OCR) por teléfono al 1-868-368-1019, por correo electrónico a OCRComplaint@hhs.gov, visitando la página de web, <http://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/> o enviando una carta a OCR, HHH Building, Room 509F, 200 Independence Ave. S.W., Washington, DC 20201.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Para obtener más información acerca de sus derechos, por favor visite www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

La siguiente sección explica formas en cuales utilizamos su información médica y de salud.

Para tratamiento:

- Podemos compartir su información con los profesionales que están pendiente de su cuidado (por ejemplo, si estamos buscando una segunda opinión).

Para recibir pago de servicios:

- Podemos compartir su información para cobrar servicios recibidos (por ejemplo, enviando su información a su compañía de aseguranza).

Para el manejo del Departamento de salud:

- Podemos compartir su información para mejorar la forma en que cuidamos de usted o para contactarlo (por ejemplo, para llamarle si falla en presentarse a su cita).

Para cumplir con la ley:

- Podemos compartir su información no identificable, según requerido por la ley, para garantizar el cumplimiento en los esfuerzos de prevención (por ejemplo, aviso de productos retirados). Más información sobre estos requisitos están disponible en: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.
- Podemos compartir la información sobre usted, como exige la ley, para responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos, para proporcionar información a un examinador médico o director de la funeraria, o reclamos de compensación a los trabajadores de dirección, cumplimiento de la ley y a otras solicitudes de agencia gubernamental y para responder a demandas y acciones legales.

Para contactarlo:

- Nos comunicaremos con usted con respecto de su cita, tratamiento y opciones de servicio, y para informarle de los servicios relacionados con la salud, beneficios, o productos.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica.
- Le notificaremos puntualmente en el caso de una violación de su información médica y de salud.
- Vamos a seguir los deberes y prácticas detalladas en esta notificación.
- No compartimos su información a menos que este descrito en esta notificación, o nos presente permiso escrito para compartir su información de otras maneras. Usted podrá retirar el permiso, por escrito, en cualquier momento.

CAMBIOS EN LOS TÉRMINOS DE ESTA NOTIFICACIÓN

- Los términos de esta *Notificación de Prácticas de Privacidad* pueden cambiarse en cualquier momento con el fin de cumplir con la ley. Cuando se realizan cambios, la nueva notificación será disponible a petición en el Departamento de salud del Condado de Lexington-Fayette sitios y lugares y en línea en www.lexingtonhealthdepartment.org.



La fecha de vigencia de esta notificación de privacidad es el 07 de diciembre de 2016. Esta notificación se aplica a todos los sitios del Departamento de salud del Condado de Lexington-Fayette y sus ubicaciones.