



This Notice describes the privacy practices of Have A Heart Foundation, Inc. (referred to as "HAH" , "Have A Heart Clinic", "We", "Our", or "Us" ) when you are treated as a patient at our clinic.

### **PROTECTING YOUR INFORMATION**

We understand that certain information about you and your health is personal. We are committed to protecting medical, billing and other information about you. We create a record of the care and services you receive at or by HAH. We need this record to provide you with quality care and to comply with certain legal requirements. This Notice will tell you about the ways in which We use and disclose information about you. It also describes your rights and Our duties regarding the use and disclosure of your information. We reserve the right to change this Notice and make the revised or changed Notice effective for medical information We already have about you, as well as any information We receive in the future. We will post a copy of the current Notice on Our Web site ([www.haveaheartclinic.org](http://www.haveaheartclinic.org)) and it will also be available at the Registration desk at our clinic. The effective date of the Notice is located at the bottom of each page. We are required by law to (1) maintain the privacy of medical information that identifies you, (2) give you this Notice of Our legal duties and privacy practices, and (3) follow the terms of Our most current Privacy Notice.

### **USE AND DISCLOSURE OF INFORMATION ABOUT YOU**

The following categories describe the different ways that We are permitted to use and disclose medical information.. These examples are not exhaustive.

- **For Treatment.** We may use your medical information to provide, coordinate, or manage your health care and any related services. We may disclose your medical information to employees, students, volunteers, physicians, other health care providers, and other individuals who are involved in providing treatment to you. We also may disclose medical information about you to people outside of HAH who are involved in your medical care, such as hospitals, home health agencies, nursing homes, physicians, medical device or equipment companies, laboratories, pharmacists, family members, clergy or others who provide services that are part of your care.
- **For Payment.** We may use and disclose information about you so that the treatment and services you receive may be billed and payment may be collected from you, and insurance company or a third party. For example, We may need to provide your health plan information about the treatment you received at HAH so your health plan will pay Us or reimburse you for the treatment. We may also tell your health plan about a treatment you are going to receive in order to obtain prior approval or to determine whether your plan will cover the treatment. We may also share your information with companies that provide billing or collection services for Us. We may allow companies to review information about you to evaluate your eligibility for receiving medical

assistance, qualify you for such assistance, and arrange for payment. Also, We may disclose your information to another health care provider who provides services to you in order for that provider to receive payment.

- **For Health Care Operations.** We may use and disclose information about you for health care operations. These uses and disclosures are necessary to provide quality health care and to support the daily activities related to health care. These uses and disclosures may occur through the use of Electronic Health Record or through our participation in an electronic health exchange with other health care providers. These activities include but are not limited to quality assessment and improvement activities, investigations, oversight or staff performance reviews, training programs, review and auditing, including compliance reviews and medical reviews, conducting or arranging for other health related activities, underwriting and other insurance-related activities, business planning or development, and internal grievance resolution. For example, We may use medical information to review treatment and services provided to you at HAH and to evaluate the performance of Our staff and health care providers who care for you. We may also combine medical information about many patients to decide what additional services We should offer, what services are not needed, and whether certain new treatments are effective. We may disclose patient information to agencies or companies for accreditation, certification, licensing, or credentialing activities. We may also combine the information We have with information from other practices to compare how We are doing and to see where We can make improvements in the care and services We offer. We also may use or disclose patient information in conducting or arranging for legal, financial, auditing, risk management, consulting, management, and administrative services. We may use or disclose your information in Our fraud and abuse detection and compliance programs. In certain situations, We also may disclose your information to third parties for their own health care operations activities.
- **Appointment Reminders.** We may use and disclose your information to remind you of an appointment with Us.
- **Treatment Alternatives, Health-Related Benefits and Services.** We may use and disclose your information to discuss treatment alternatives and health-related benefits or services that may be of interest to you, so long as We don't receive any payment in exchange for such communication.
- **Individuals Involved in Your Care or Payment for Your Care.** We may release medical information about you to a friend or family member who is involved in your medical care. We may also give information to someone who pays for your care. In addition, We also may disclose information about you to an organization or agency assisting in disaster relief efforts so that your family can be notified about your condition and location.
- **Research.** Under certain circumstances, We may use and disclose information about you for research purposes. For example, a research project may involve comparing the health and recovery of all patients who received one medication to those who received another for the same condition. All research projects, however, are subject to a special approval process. This process evaluates a proposed research project and its use of medical information and balances the

research needs with patients' need for privacy of their medical information. Before We use or disclose medical information for research, the project will have been approved through this research approval process. However, We may disclose medical information about you to people preparing to conduct a research project, so long as the medical information they receive does not leave HAH.

- **As Required By Law.** We will disclose information about you when required or authorized by law.
- **To Avert Serious Threat to Health or Safety.** We may use and disclose information about you when necessary to prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of the public or another person. Such disclosure would be to the target of the threat or to someone able to help prevent the threat.
- **Military and Veterans.** If you are a member of the armed forces, We may release medical information about you if required by military command authorities. We may also release medical information about foreign military personnel to the appropriate foreign military authority.
- **Workers' Compensation.** We may release information about you for workers' compensation or similar programs, as permitted or required by law. These programs provide benefits for work-related injuries or illness.
- **Public Health Risks.** We may disclose information about you for public health activities. These activities generally include but are not limited to the following, as permitted or required by law: (1) preventing or controlling disease, injury or disability; (2) reporting births and deaths; (3) collecting or reporting adverse events and product defects, tracking FDA regulated products, and enabling product recalls, repairs or replacements; (4) notifying the appropriate government authority if We believe a patient has been the victim of abuse, neglect or domestic violence; and (5) notifying a person who may have been exposed to a disease or may be at risk for contracting or spreading a disease or condition.
- **Health Oversight Activities.** We may disclose medical information to a health oversight agency for activities authorized by law. These oversight activities include but are not limited to audits, investigations, inspections, licensure and certification. These activities are necessary for the government to monitor the health care system, government programs, and compliance with civil rights laws.
- **Lawsuits and Disputes.** If you are involved in a lawsuit or a dispute, We may disclose information about you in response to a court or administrative order. We may also disclose information about you in response to a subpoena, discovery request, or other lawful process by someone else involved in the dispute if We receive satisfactory assurances that attempts have been made to notify you or your attorney about the request or to secure a protective order. If you are involved in a lawsuit or dispute against HAH, We may share your information as necessary to support HAH's position and to obtain legal services.

- **Law Enforcement.** We may release information if asked by a law enforcement official: (1) in response to a court order, subpoena, or warrant; (2) to identify or locate a suspect, fugitive, material witness, or missing person; (3) about the victim of a crime; (4) about a death or health condition that We believe may be the result of criminal conduct; and (5) in emergency circumstances to report a crime or the identity, description or location of the person who committed the crime.
- **Coroners, Funeral Directors and Organ Donation.** We may disclose information to coroners or medical examiners for identification purposes, to determine the cause of death, or for them to perform other duties authorized by law. We may also release information to funeral directors as necessary for them to carry out their duties. We may use or disclose information for cadaveric organ, eye or tissue donation purposes.
- **Specific Government Functions.** In certain situations, federal laws authorize Us to use or disclose your medical information to facilitate specified government functions relating to military and veteran activities, national security and intelligence activities, protective services for the President and others, medical suitability determinations, correctional institutions, and law enforcement custodial situations.
- **Inmates.** If you are an inmate of a correctional institution or under the custody of a law enforcement official, We may release information about you to the correctional institution or law enforcement official. This release would be necessary (1) for the institution to provide you with health care; (2) to protect your health and safety or the health and safety of others; or (3) for the safety and security of the correctional institution.

#### **YOUR RIGHTS REGARDING INFORMATION ABOUT YOU**

- **Right of Access.** You have the right to inspect and obtain a copy of information that We maintain about you. Usually, this includes medical and billing records, but does not include certain other types of records. You have the right to request a copy of the information in an electronic format. If possible, We will provide the information in the electronic format you request. If We are unable to produce the information in the electronic format you request, We will offer you the information in another electronic format. To inspect or request a copy of the available records, you must submit your request in writing to the HAH Clinic Executive Director. Under certain circumstances, We may charge you a fee for copying and mailing your records, and for supplies used to create the copy which may include the cost of portable media if you have requested the information in electronic format. We may deny your request to inspect or obtain a copy in certain limited circumstances. If you are denied access to information, you may request that the denial be reviewed in certain circumstances.
- **Right to Amend.** If you feel that information, We have about is incorrect or incomplete, you may ask Us to amend this information. You have the right to request an amendment for as long as the information is kept by or for Us. To request an amendment, you must submit a written request, along with a reason that supports your request, to the HAH Clinic Executive Director. We may

deny your request if it is not in writing or does not include a reason that supports the request. In addition, We may deny your request if you ask Us to amend information that (1) was not created by Us, unless the person or entity that created the information is no longer available to make the amendment; (2) is not part of the medical information kept by or for Us; (3) is not part of the information that you would be permitted to inspect and copy; or (4) is already accurate and complete as originally stated.

- **Right to Receive and Accounting.** You have the right to receive an accounting of certain disclosures made by Us, upon your request. This right does not apply to disclosures (1) made to you or in response to an authorization form signed by you; (2) for national security or intelligence purposes; (3) made to your friends or family members involved in your care; (4) that are incident to a permitted use or disclosure; and (5) made to correctional institutions or in law enforcement situations. Also, this right does not apply to disclosures made for purposes of treatment, payment, and health care operations if the facility or practice at which you were treated does not use or maintain an electronic health record ("EHR"). If the practice uses an EHR, then it may be required on or after 1-1-2011, depending upon when the facility or practice adopted the EHR, to include disclosures made through the EHR for purposes of treatment, payment, and health care operations. To request an accounting, you must submit your request in writing to the HAH Clinic Executive Director. For accountings that do not include disclosures made through an EHR, the request may not cover a time period longer than six years from the date of the request. For accountings that include disclosures made through an EHR, the request may not cover a period longer than three years. The first list you request within a 12-month period will be free. For additional lists, We may charge you a reasonable fee.
- **Right to Request Restrictions.** You have the right to request a restriction or limitation on the information We use or disclose about you for treatment, payment or health care operations. You also have the right to request a limit on the information that We disclose to someone who is involved in your care or the payment for your care, like a family member or friend. Your request must be submitted in writing to the HAH Clinic Executive Director. Your request must state the specific restriction requested and to whom you want the restriction to apply. In most cases, We are not required to agree to a requested restriction. However, We are required to agree when you ask Us to refrain from disclosing your information to a health plan if the disclosure would be for the purpose of payment or health care operations, and if the information pertains solely to a health care item or service that that you have paid for in full and out of pocket. If We agree to a restriction or limitation, We will comply with your request unless the information is needed to provide emergency treatment.
- **Right to Request Confidential Communications.** You have the right to request that We communicate with you about medical matters in a certain way or at a certain location. For example, you may ask that We contact you only at work or by mail. To request confidential communications, you must make your request in writing to the HAH Clinic Executive Director.
- **Right to Receive Breach Notifications.** You have a right to receive notifications from Us if the privacy or security of your protected health information is breached.

- **Right to a Paper Copy of This Notice.** You have the right to obtain a paper copy of this Notice, even if you have agreed to receive this Notice electronically. You may obtain a paper copy of Our current Notice by contacting the clinic. You may also visit Our Web site ([www.haveaheartclinic.org](http://www.haveaheartclinic.org)).

#### **OTHER USES OF MEDICAL INFORMATION REQUIRING YOUR WRITTEN AUTHORIZATION**

Certain uses and disclosures of your protected health information are only permitted with your written permission by signing an authorization form. These include most uses and disclosures of psychotherapy notes, certain uses and disclosures of your protected health information for marketing communications, and disclosures that constitute the sale of your protected health information.

Other uses and disclosures of information not covered by this Notice or the laws that apply to Us will be made only with your written permission by signing an authorization form. If you give Us authorization to use or disclose information, you may revoke that authorization, in writing, at any time. If you revoke your authorization, We will no longer use or disclose information about you for the reasons covered under your written authorization. We are unable to take back any disclosures We have already made with your permission. We are required to retain Our records of the care that we provided to you.

#### **QUESTIONS AND COMPLAINTS**

If you have any questions about this Notice, please contact the HAH Clinic Executive Director. If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with Us or with the Secretary of the Department of Health and Human Services. **You will not be penalized for filing a complaint.** To file a complaint, you may call 1-800-783-2318 or contact the clinic at the address below.

**Have a Heart Foundation, Inc.**

**Attn: Executive Director**

**310 E Broadway, Suite 100**

**Louisville, KY 40202**

**(502) 245-0002**



Este Aviso describe las prácticas de privacidad cuando usted reciba tratamiento en la Fundación Have A Heart, Inc. (también referido como "HAH", "Clínica Have A Heart", "Nosotros", "Nuestros", "Nos" o "Somos").

## **PROTECCIÓN DE SU INFORMACIÓN**

Comprendemos que cierta información sobre usted y su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger su información médica, de facturas u otra de usted. Nosotros creamos un expediente del cuidado y servicio que usted recibe en o por parte de HAH. Necesitamos este expediente para proporcionarle cuidado de calidad y cumplir con algunos requisitos legales. Este Aviso le hará saber sobre las maneras como Nosotros utilizamos y divulgamos su información. Este mismo describe sus derechos y Nuestros deberes con respecto al uso y divulgación de su información. Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso y de hacer entrar en vigor las revisiones o cambios de este Aviso y hacer entrar en vigor el Aviso revisado o con cambios a la información médica que ya tengamos de usted, así como también a información que recibamos en futuro. Publicaremos una copia actualizada de este Aviso en Nuestro sitio de internet ([www.haveaheartclinic.org](http://www.haveaheartclinic.org)) y también estará disponible en el mostrador de inscripción en nuestro consultorio. La fecha de vigencia del Aviso está ubicada en la parte inferior de cada hoja. Somos requeridos por ley a (1) mantener privada la información médica que lo identifique a usted, (2) entregarle este Aviso de Nuestros deberes legales y prácticas de privacidad y, (3) seguir las condiciones de Nuestro Aviso de Privacidad más reciente.

## **EL USO Y DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN**

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras que SOMOS permitidos utilizar y divulgar información médica. Estos ejemplos no son solamente únicos.

- **Para Tratamiento:** Podríamos utilizar su información médica para proporcionar, coordinar, o administrar su cuidado de salud y cualquier servicio relacionado con este mismo. Podríamos divulgar su información médica a empleados, estudiantes, voluntarios, médicos, a otros proveedores de cuidado de salud, y otras personas quienes estén involucrados en proporcionarle tratamiento. También podríamos divulgar su información médica a personas fuera de HAH quienes son parte de su cuidado médico tales como, hospitales, agencias de atención medica domiciliaria, residencia de ancianos, médicos, compañías de equipo médico, laboratorios, farmacias, familiares, clero, y otros quienes proporcionan servicios cuales son parte de su cuidado.
- **Para Pagos:** Podríamos utilizar y divulgar información sobre usted para que el tratamiento y servicios que usted recibió puedan ser facturados y el pago pueda ser cobrado a usted, a la compañía aseguradora o tercera parte. Por ejemplo, de ser necesario se proporcionará información al plan de salud sobre el tratamiento que usted recibió en HAH para que su plan

de salud, nos pague a Nosotros o le reembolse a usted por el tratamiento recibido. Podríamos informar a su plan de salud sobre algún tratamiento que usted va a recibir para así obtener aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento. Podríamos compartir su información con compañías de facturación y colección las cuales proporcionan este servicio a Nosotros. Podríamos permitir a compañías revisar su información para evaluar elegibilidad para así recibir asistencia médica, calificarlo para dicha asistencia, y hacer arreglos de pago. También, podríamos divulgar su información a otro proveedor de cuidado de salud que le proporciona servicios a usted para que así, este pueda recibir pago por esto.

- **Para Operativos de Cuidado de Salud.** Podríamos utilizar y divulgar información de usted para operativos de cuidado de salud. Los usos y divulgaciones son necesarios para proporcionar cuidado de salud de calidad y para apoyar las actividades diarias relacionadas con el cuidado de salud. Los usos y divulgaciones pueden llevarse a cabo por medio del uso de Expedientes de Salud Electrónicos o por medio de nuestra participación en el intercambio electrónico de cuidado de salud con otros proveedores de cuidado de salud. Estas actividades incluyen, pero no están limitadas a evaluación sobre la calidad y actividades de mejoramiento, investigaciones, revisiones de supervisión o desempeño profesional, programas de entrenamiento, evaluaciones y auditorias, incluyendo evaluaciones de cumplimiento y médicas, realización u organización de actividades relacionadas con la salud, suscripción y otras actividades relacionadas con seguro médico, planificación o desarrollo de negocios, y resolución de quejas internas. Por ejemplo, podríamos utilizar información médica para evaluar tratamientos y servicios proporcionados a usted por HAH y evaluar el desempeño de Nuestro personal y proveedores de salud quienes le facilitan cuidado. También podríamos combinar información médica de muchos pacientes para decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, servicios no necesarios, y si acaso ciertos tratamientos nuevos son eficaces. Podríamos divulgar información del paciente a agencias y compañías de certificación, licencias, o actividades cuales proporcionen credenciales. También podríamos combinar información que Nosotros tengamos con información de otras prácticas para comparar y saber sobre nuestra capacidad y saber dónde podríamos mejorar el cuidado y servicio que Nosotros le ofrecemos. También podríamos utilizar y divulgar información del paciente para llevar a cabo o hacer arreglos para cuestiones legales, de finanzas, auditoria, gerenciamiento de riesgo, asesoría, gestiones, y servicios administrativos. Podríamos utilizar y divulgar su información en Nuestros programas de fraude, detección de abuso, y cumplimiento. En ciertos casos, también podríamos divulgar su información a terceras partes para actividad de operativos de cuidado de salud de estos mismos.
- **Recordatorio de Citas:** Podríamos utilizar y divulgar su información para recordarle de alguna cita con Nosotros.
- **Alternativas de Tratamiento, Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud.** Podríamos utilizar y divulgar su información para discutir sobre tratamiento alternativo y beneficios y



servicios relacionados con la salud cuales puedan ser de su interés, mientras no se reciba a cambio algún pago por dicha comunicación.

- **Personas involucradas en Su Cuidado o Pagos por Su Cuidado.** Podríamos autorizar información médica sobre usted a amigos o familiares quienes estén involucrados en su cuidado médico. También podríamos proporcionar información a quien pague por su cuidado. Además, también podríamos divulgar información sobre usted a organizaciones y agencias de asistencia, en esfuerzos de ayuda para catástrofes para que su familia pueda ser notificada sobre su condición y ubicación.
- **Investigaciones.** En algunos casos, podríamos utilizar y divulgar información sobre usted para propósitos de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede involucrar la comparación de salud y recuperación de todos los pacientes quienes recibieron un medicamento, a aquellos quienes recibieron otro para la misma condición. Sin embargo, todos los proyectos de investigación son sujetos a un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa el proyecto propuesto de investigación y el uso de información médica y equilibra las necesidades de la investigación con las necesidades de privacidad necesaria hacia la información del paciente. Antes de que Nosotros utilicemos o divulguemos información médica para la investigación, el proyecto debe haber sido aprobado por medio del proceso de aprobación. Sin embargo, podríamos divulgar información médica de usted a personas que estén preparándose para llevar a cabo el proyecto de investigación, mientras que la información médica que estos reciban, se mantenga dentro de HAH.
- **Como lo Exija La Ley.** Cuando sea exigido o autorizado por la ley, Nosotros divulgaremos información sobre usted.
- **Para Evitar Graves Amenazas a la Salud y Seguridad.** Podríamos utilizar y divulgar información sobre usted cuando sea necesario, para prevenir graves amenazas a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público u otra persona. Dicha divulgación sería al blanco de la amenaza o a alguien que pueda prevenir la amenaza.
- **Militares y Veteranos.** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, si es exigido por autoridades militares podríamos autorizar la divulgación de información médica sobre usted. También podríamos autorizar información médica de personal militar extranjero a la autoridad extranjera militar apropiada.
- **Indemnización Por Accidente Laboral.** Como sea permitido y exigido por la ley, podríamos autorizar información de usted para indemnización por accidente laboral o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios para danos o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Riesgos a la Salud Pública.** Podríamos divulgar información sobre usted para actividades de salud pública. Como sea permitido y exigido por la ley estas actividades generalmente incluyen

pero no son limitadas a las siguientes: (1) prevención o control de enfermedades, daños, discapacidad; (2) informe de nacimientos y fallecimientos; (3) recopilar o denunciar eventos adversos y productos defectuosos, rastrear productos regulados por la FDA (La Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos por sus siglas en inglés) y habilitar el retiro, reparación, y reemplazo de productos; (4) de notificar a las autoridades gubernamentales apropiadas, si Nosotros creemos que el paciente ha sido víctima de abuso, negligencia, o violencia domestica; y (5) notificar a la persona cual pudo haber sido expuesta a alguna enfermedad o este a riesgo de contraer o propagar alguna enfermedad o condición.

- **Supervisión de las Actividades de Salud.** Podríamos divulgar información médica a agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas supervisiones de actividades incluyen, pero no son limitadas a auditorias, investigaciones, inspecciones, licenciamiento y certificación. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de cuidado de salud, programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- **Demandas y Disputas.** Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podríamos divulgar información sobre usted en respuesta a un mandato judicial o administrativa. Si Nosotros recibimos garantía satisfactoria de que se hicieron intentos para notificarle a usted o a su abogado sobre lo solicitado o para asegurar una orden de protección, también podríamos divulgar información sobre usted en respuesta a un citatorio, solicitud de descubrimiento, o cualquier otro proceso legal por medio de cualquier otro que esté involucrado en la disputa. Como sea necesario Nosotros compartiremos su información, si usted está involucrado en una demanda o disputa en contra de HAH para apoyar la posición de HAH y obtener servicios legales.
- **Orden Público.** Si es solicitado por un oficial de la ley, podríamos autorizar información: (1) en respuesta a un mandato judicial, citación, u orden; (2) para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo importante, o a una persona desaparecida; (3) sobre una víctima de un delito; (4) sobre algún fallecimiento o condición de salud que Nosotros creemos pudo haber sido por resultado de conducta delictiva; y (5) en casos de emergencia para denunciar algún crimen o identidad, descripción o ubicación de la persona quien cometió el delito.
- **Forenses, Directores de Funerarias, Donación de Órganos.** Podríamos divulgar información a forenses, examinadores médicos, para cuestiones de identificar, para determinar la causa de muerte, o para que estos puedan llevar a cabo cualquier otra obligación autorizada por la ley. Como sea necesario, también podríamos autorizar información a directores de funerarias para que estos lleven a cabo sus obligaciones. Para propósitos de donación, podríamos utilizar y divulgar información para órganos, ojos, y tejidos cadavéricos.

- **Funciones específicas al Gobierno.** En ciertas situaciones, la ley federal nos autoriza el uso y divulgación de su información médica para facilitar funciones gubernamentales específicamente relacionadas con actividades militares y de veteranos, seguridad nacional, y de inteligencia, servicios de protección al Presidente y a otros, para determinaciones adecuadas médicas, instituciones correccionales y para situaciones de custodia por fuerzas policiales.
- **Presos.** Si usted es preso de una institución correccional o está en custodia de algún oficial de la ley, podríamos autorizar información sobre usted a la institución correccional o al oficial de la ley. Esta autorización sería necesaria para (1) que la institución le proporcione cuidado de salud; (2) protección de su salud y seguridad o la salud o protección de otros; o (3) la protección y seguridad de la institución correccional.

## SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN

**Derecho de Acceso.** Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información que Nosotros mantenemos sobre usted. Generalmente, esto incluye expedientes médicos y facturación, pero no incluye otros ciertos tipos de expedientes. Usted tiene derecho a solicitar copia de la información en formato electrónico. Si Nos es posible, le proporcionaremos la información en el formato electrónico que usted solicito. En caso de no poder proporcionarle la información en el formato electrónico que usted solicito, le ofreceremos la información en otro formato electrónico. Para inspeccionar o solicitar una copia de los expedientes disponibles, debe de presentar su solicitud por escrito al Director Ejecutivo de la Clínica HAH. En determinadas circunstancias, le podríamos cobrar una cuota por copiar, enviarle sus expedientes por correo postal y por los útiles utilizados para crear la copia cual puede incluir el costo del medio portátil. En limitadas circunstancias determinadas podríamos negar su solicitud de inspeccionar y obtener una copia. Si es negado acceso a la información, en determinadas circunstancias usted puede solicitar que la denegación sea revisada.

**Derecho a Enmendar.** Si usted cree que la información que Nosotros tenemos sobre usted es errónea o incompleta, usted puede solicitar enmendar esta información. Usted tiene derecho a enmendar esta información siempre y cuando esta sea mantenida por o para Nosotros. Para solicitar una enmienda debe de solicitar por escrito al Director Ejecutivo de la Clínica HAH, junto con la razón en apoyo a su solicitud. Podríamos negarle su solicitud, si no se solicita por escrito o si esta no incluye la razón en apoyo a su solicitud. Además, podríamos negarle su solicitud si usted Nos pide enmendar información que (1) no fue generada por Nosotros, y en caso de que solamente la persona o entidad que genero la información no esté disponible para hacer la enmienda; (2) no es parte de la información médica mantenida por y para Nosotros; (3) no es parte de la información que usted sería autorizado a inspeccionar y copiar; o (4) la información es precisa y completa como originalmente se declaró.

- **Derecho a Recibir Informe.** Ante su pedido, usted tiene derecho a recibir un informe sobre ciertas divulgaciones realizadas por Nosotros. Este derecho no aplica a divulgaciones (1)

realizadas a usted, o en respuesta a una autorización firmada por usted; (2) para propósitos de seguridad e inteligencia; (3) realizadas a sus amigos o familiares involucrados en su cuidado; (4) que son secundarios a permiso de uso o divulgación; y (5) realizadas a instituciones correccionales o situaciones en cumplimiento a la ley. Además, este derecho no aplica a divulgaciones realizadas para propósitos de tratamiento, pagos, y operativos de cuidado de salud, o si la instalación o practica donde usted fue tratado no utiliza o mantiene expedientes de salud electrónicos ("ESE"). Si la practica utiliza ESE, puede ser requerido en o después de 1-1-2011, dependiendo de cuando la institución o practica adopto el ESE, para incluir divulgaciones realizadas por ESE para propósitos de tratamiento, pagos, y operativos de cuidado de salud. Para solicitar un informe, usted debe de presentar su solicitud por escrito al Director Ejecutivo de la Clínica HAH. Para informes que no incluyen divulgaciones realizadas por medio de ESE, la solicitud puede que no cubra un periodo de tiempo más extenso de seis años de la fecha de solicitud. Para solicitudes que incluyen divulgaciones realizadas por medio de ESE, la solicitud quizá no cubra un periodo más extenso de tres años. La primera lista que usted solicite dentro de un periodo de 12 meses será gratuita. Le podríamos cobrar una cuota razonable por listas adicionales.

- **Derecho a Solicitar Restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar alguna restricción o limitación a la información que Nosotros utilicemos o divulguemos sobre usted para tratamiento, pago, u operativos de cuidado de salud. También tiene derecho a solicitar un límite en la información que Nosotros divulguemos a alguna persona que esté involucrado en su cuidado o pague por su cuidado, como algún familiar o amigo. Su solicitud debe hacerla por escrito al Director Ejecutivo de la Clínica HAH. La solicitud debe de declarar la restricción específicamente solicitada y a quien desea aplicar la restricción. En la mayoría de los casos, no somos requeridos aceptar la solicitud de restricción. Sin embargo, cuando usted Nos lo pida, si estamos requeridos a aceptar el abstenernos de divulgar su información a un plan de salud, si la divulgación es para propósito de pago u operativos de cuidado de salud y si la información se refiere únicamente a un artículo de cuidado de salud o servicio que usted pago por completo y de su propio bolsillo. Si acordamos alguna restricción o limitación, cumpliremos con la solicitud, a menos que la información sea necesaria para proporcionar tratamiento de emergencia.
- **Derecho a Solicitar Comunicados de manera Confidencial**  
Usted tiene derecho a que Nos comuniquemos con usted sobre cuestiones de su salud de cierta manera o en cierta ubicación. Por ejemplo, usted puede solicitar que Nos comuniquemos con usted solamente en su empleo o por correo postal. Para solicitar comunicados confidenciales, usted debe de solicitar por escrito al Director Ejecutivo de la Clínica HAH.

**Derecho a Recibir Aviso sobre alguna Violación de la Protección de su Información** Usted tiene derecho a recibir aviso por parte de Nosotros, si la privacidad y seguridad de su información protegida de salud ha sido violada.

**Derecho a Copia en Papel de este Aviso.** Usted tiene derecho de obtener una copia en papel de este Aviso, aun si acordó de recibir este Aviso electrónicamente. Usted puede obtener una copia en papel de Nuestro más reciente Aviso poniéndose en contacto con la clínica. También puede visitar Nuestro Sitio Web ([www.haveaheartclinic.org](http://www.haveaheartclinic.org)).

### **OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MEDICA CUALES REQUIEREN DE SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO**

Ciertos usos y divulgaciones de su información protegida de salud son solo permitidos con su autorización por escrito, al firmar un documento de autorización. Esto incluye la mayoría de usos y divulgaciones de las anotaciones de psicoterapia, algunos usos y divulgaciones de su información protegida de salud para comunicados de mercadeo y divulgaciones cuales constituyen la venta de información protegida de salud.

Otros usos y divulgaciones de información que no estén cubiertos por este Aviso o las leyes que aplican a Nosotros, solo serán realizadas con su permiso por escrito al firmar un documento de autorización. Si usted nos autoriza el uso y divulgación de información, usted puede revocar esta autorización por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, Nosotros ya no utilizaremos o divulgaremos información sobre usted de acuerdo a las razones cubiertas en la autorización por escrito. No nos será posible recuperar cualquier divulgación autorizada que ya hemos hecho. Somos requeridos conservar Nuestros expedientes del cuidado que le hemos proporcionado.

### **PREGUNTAS Y QUEJAS**

Si tiene preguntas sobre este Aviso, por favor comuníquese con el Director Ejecutivo de la Clínica HAH. Si usted piensa que sus derechos a la privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja con Nosotros, o con el Secretario del Departamento de Servicios de Salud y Humanos. **Usted no será sancionado por presentar una queja.** Para presentar su queja, usted puede llamar a 1-800-783-2318 o contacte a la clínica en el siguiente domicilio.

**Have a Heart Foundation, Inc.  
Attn: Director Ejecutivo  
310 E. Broadway, Suite 100  
Louisville, KY 40202  
(502) 245-0002**