

Effective Date: September 6, 2011

HIPAA Notice of Privacy Practices



CAMP WELLNESS
U of A - RISE
HEALTH AND WELLNESS CENTER
1030 N. Alvernon Way
Tucson, AZ 85711
Phone: 520-621-7473
Fax: 520-621-6663

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review it carefully.

We are required by law to:

- make sure that information that identifies you is kept private. This information is your protected health information (PHI);
- tell you how we may use and disclose your PHI for services*, payment and health care operations, as well as for other purposes that are permitted or required by law;
- give you this notice of our legal duties and privacy practices with regard to your health information;
- follow the terms of this Notice currently in effect.

You have certain rights regarding the privacy of your PHI. We describe them in this notice. If you need more information, you may call the Camp Wellness Program Director at 520-396-2310.

Ways in Which We May Use and Disclose Your Protected Health Information

The following paragraphs describe different ways that we use and disclose your PHI. We have provided examples for each category, but these examples are not meant to be exhaustive.

*The HIPAA Privacy Rule refers to this as "Treatment."

Services: We will use and disclose your PHI to provide, coordinate, or manage your health care and any related services. We will also disclose your health information to the staff who are part of your treatment team. Additionally, at times, we may disclose your health information to another party who you have requested be involved in your care.

Payment: We will disclose your PHI to obtain payment for the AHCCCS services we provide you.

Program Operation: We will use and disclose your PHI to support the business activities of our program. We may use and disclose your PHI to assess RISE's compliance with the Arizona Department of Health Services or to review and improve the quality, efficiency and cost of care.

Appointment Reminders: We will use and disclose your PHI to contact you as a reminder about schedules, appointments or services.

Services Alternatives: We will use your PHI to tell you about or recommend possible alternative services or options that may be of interest to you.

Others Involved in Your Care: We will use and disclose your PHI to a family member, a relative, a close friend, or any other person you identify that is involved in your health care.

Research: We may use and disclose your PHI to researchers provided the research has been approved by an Institutional Review Board (IRB) that has reviewed the research proposal and established protocols to ensure the privacy of your health information.

As Required or Permitted By Law: We will use and disclose your PHI when required or permitted to do so by federal, state or local law.

Examples of this would include:

- Government agencies and their contractors as part of regulatory reports, audits, encounter reports
- In response to a court or administrative order, subpoena, or discovery request
- Health oversight agencies for licensure, inspections, disciplinary actions, audits, investigations government program eligibility, government program standards compliance, and for certain civil rights enforcement actions
- Law enforcement purposes in the event of an emergency
- Coroners to permit identification or determine cause of death or with funeral directors to allow them to carry out their duties
- Secretary of the Department of Health and Human Services to investigate our HIPAA compliance efforts.

There may be other situations when the law requires or permits us to share information.

HIV Information: All medical information regarding HIV status is kept confidential in accordance with Arizona state law. Unless otherwise required by law, disclosure of any medical information referencing HIV status may only be made with your specific written authorization. A general authorization for the release of such HIV information is not sufficient.

To Avert a Serious Threat to Public Health or Safety: We will use and disclose your PHI to a public

health authority that is permitted to collect or receive the information for the purpose of controlling disease, injury, or disability. If directed by that health authority, we will also disclose your health information to a foreign government agency that is collaborating with the public health authority.

Abuse, Neglect & Domestic Violence: We may disclose your health information to public authorities as required by the law to report abuse, neglect, or domestic violence.

Revisions to This Notice : We may revise this notice to reflect any changes in our privacy practices. We reserve the right to make the revised or changed notice effective for information we already have about you as well as for any information we receive in the future. You may request a copy of the current notice in effect from the Program Director, and it will be posted on our website.

Your Health Information Rights

You have the right to:

A Paper Copy of This Notice: You have the right to receive a paper copy of this notice upon request.

Inspect and Copy: You have the right to inspect and copy the PHI that we maintain about you in our designated record set as long as we maintain the information. This designated record set includes your health and billing records, as well as any other records or information we use as part of our services. If you wish to inspect or copy your health information, you must submit a request in writing to the Program Director. You may mail or bring in the request personally. We have 30 days to respond or 60 days if information is off-site, and we will inform you of this.

Request Amendment: You have the right to request an amendment to your health information if you feel that it is incomplete or inaccurate. You must make this request in writing to our Program Director, stating exactly what information is incomplete or inaccurate and your reasoning that supports your request.

We are permitted to deny your request if it is not in writing or does not include a reason to support the request. We may also deny your request if:

- The information was not created by us, or the person who created it is no longer available to make the amendment;
- The information is not part of the record which you are permitted to inspect and copy;
- The information is not part of the designated record set kept by this program;
- Or if it is the opinion of the health care provider that the information is accurate and complete.

Request Restrictions: You have the right to request a restriction or limitation of how we use or disclose your health information for services, payment, or program operations. Your request must be made in writing to our Program Director.

We are not required to agree to your request. However, if we do agree, we will comply with your request unless that information is needed for emergency services.

An Accounting of Disclosures: You have the right to request a list of the disclosures of your program information that we have made outside of our program that were not for services, payment, health care operations or authorized by you. Your request must be made in writing and must state the time period for

the requested information.

Records for Camp Wellness may be requested as of December 9, 2009, the beginning of the program and for a period of six years after that date or your first date of service, whichever comes first.

Your first request for a list of disclosures within a 12- month period will be free. If you request an additional list within 12-months of the first request, we may charge you a fee for the costs of providing the subsequent list. We will notify you of such costs and afford you the opportunity to withdraw your request before any costs are incurred.

Request Confidential Communications: You have the right to request how we communicate with you to preserve your privacy. Your request must be made in writing and must specify how or where we are to contact you. We will accommodate all reasonable requests.

File a Complaint: If you believe we have violated your privacy rights, you have the right to file a complaint with the University of Arizona Privacy Officer, with the Program Director or directly with the U.S. Department of Health and Human Services.

To file a complaint you may call 520-621-1465, email ORCR-VPR@ email.arizona.edu, fax your complaint to 520-621-1429 or mail to Privacy Officer 1618 E Helen St. Tucson, Arizona 85719. Provide as much detail as you can about the suspected violation. You should know that there would be no retaliation for your filing a complaint.

Other Uses or Disclosures

Uses or disclosures of your health information not covered by this notice or the laws that apply to us may only be made with your written authorization. You may revoke such authorization in writing at any time, and we will no longer disclose health information about you for the reasons stated in your written authorization. Disclosures made in reliance on the authorization prior to the revocation are not affected by the revocation.

Fecha de entrada en vigencia: 6 de septiembre de 2011

Notificación de prácticas de privacidad de la HIPAA



CAMP WELLNESS
U of A - RISE
HEALTH AND WELLNESS CENTER
(CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR)
1030 N. Alvernon Way
Tucson, AZ 85711
Teléfono: 520-621-7473
Fax: 520-621-6663

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica, y cómo puede obtener acceso a ella. Revísela con atención.

Por ley, estamos obligados a:

- Asegurarnos de mantener privada la información que lo identifique. Esta información es su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés).
- Decirle cómo podremos usar y divulgar su PHI para servicios*, operaciones de pago y de atención médica, así como también para otros fines que la ley permita o exija.
- Entregarle esta notificación de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica.
- Cumplir las normas de esta Notificación actualmente vigente.

Tiene determinados derechos respecto a la privacidad de su PHI. Los describimos en esta notificación. Si necesita más información, puede llamar al Director del Programa Camp Wellness al 520-396-2310.

Formas en que podríamos usar y divulgar su información de salud protegida

Los siguientes párrafos describen las diferentes formas en las que usamos y divulgamos su PHI. Hemos proporcionado ejemplos para cada categoría, pero estos ejemplos no pretenden ser exhaustivos.

*La Norma de privacidad de la HIPAA se refiere a esto como "Tratamiento".

Servicios: Usaremos y divulgaremos su PHI para proporcionarle, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Además divulgaremos su información de salud al personal que forme parte de su equipo de tratamiento. Además, a veces, podremos divulgar su información de salud a un tercero que usted haya solicitado que participe en su atención.

Pago: Divulgaremos su PHI para obtener el pago de los servicios de AHCCCS que le proporcionamos.

Operación del programa: Usaremos y divulgaremos su PHI para respaldar las actividades comerciales de nuestro programa. Es posible que usemos y divulguemos su PHI para evaluar el cumplimiento de RISE con los Servicios del Departamento de Salud de Arizona o para revisar y mejorar la calidad, la eficiencia y el costo de la atención.

Recordatorios de citas: Usaremos y divulgaremos su PHI para comunicarnos con usted a fin de recordarle cronogramas, citas o servicios.

Servicios alternativos: Usaremos su PHI para informarle o recomendarle posibles servicios u opciones alternativos que puedan interesarle.

Terceros involucrados en su atención: Usaremos y divulgaremos su PHI a un familiar, pariente, amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique como involucrada en su atención médica.

Investigación: Es posible que usemos y divulguemos su PHI a los investigadores, siempre y cuando la investigación cuente con la aprobación de una Junta de Revisión Institucional (IRB, por sus siglas en inglés) que haya revisado la propuesta de investigación y haya implementado protocolos para garantizar la privacidad de su información de salud.

Según la ley exija o permita: Usaremos y divulgaremos su PHI cuando así lo exija o permita la ley federal, estatal o local.

Ejemplos de ello serían:

- Agencias gubernamentales y sus contratistas, como parte de informes regulatorios, auditorías e informes de encuentros.
- En respuesta a órdenes judiciales o administrativas, citación o solicitud de descubrimiento.
- Agencias de supervisión de salud, para licencias, inspecciones, medidas disciplinarias, auditorías, elegibilidad de investigaciones en un plan gubernamental, cumplimiento de estándares de un plan gubernamental y determinadas medidas de imposición de cumplimiento de derechos civiles.
- Fines de cumplimiento obligatorio de la ley en caso de emergencia.
- Médicos forenses, a fin de permitir la identificación o determinar la causa de muerte, o directores de funerarias, para autorizar la realización de sus tareas.
- Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos, para investigar nuestros esfuerzos de cumplimiento con la HIPAA.

Puede que existan otras situaciones en las que la ley nos exija o permita compartir información.

Información sobre VIH: Toda información médica relacionada con la condición de portador de VIH se mantendrá en forma confidencial conforme a las leyes del estado de Arizona. Salvo que la ley exija otra

cosa, la divulgación de cualquier información médica que haga referencia al VIH podrá llevarse a cabo únicamente con su autorización específica y por escrito. Una autorización general para divulgar dicha información sobre el VIH no será suficiente.

Para evitar una amenaza grave para la salud pública o la seguridad: Usaremos y divulgaremos su PHI a una autoridad de salud pública que tenga autorización para recopilar o recibir dicha información con el fin de controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Si dicha autoridad de salud lo solicitara, también divulgaremos su información de salud a una agencia gubernamental extranjera que esté colaborando con la autoridad de salud pública.

Abuso, negligencia y violencia doméstica: Podremos divulgar su información de salud a las autoridades públicas, según la ley lo exige, para denunciar casos de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Modificaciones a esta notificación: Podríamos modificar esta notificación a fin de reflejar cambios en nuestras prácticas de privacidad. Nos reservamos el derecho de que esta notificación entre en vigencia, con revisiones o modificaciones, para la información que ya tenemos acerca de usted y para cualquier información que recibamos en el futuro. Puede solicitar una copia de la notificación actualmente vigente al Director del Programa, y será publicada en nuestro sitio web.

Sus derechos a recibir información sobre su salud

Usted tiene derecho a:

Una copia impresa de esta notificación: Tiene derecho a recibir una copia impresa de la presente notificación si así lo solicita.

Inspeccionar y copiar: Tiene derecho a inspeccionar y copiar la PHI que conservamos sobre usted en nuestro archivo designado, mientras la conservemos. Este conjunto de registros designados incluye sus registros de salud y de facturación, así como cualquier otro registro o información que utilicemos como parte de nuestros servicios. Si desea inspeccionar o hacer copias de su información de salud, debe enviar una solicitud por escrito al Director del Programa. Puede enviar la solicitud por correo o presentarla en persona. Tenemos 30 días para responderla o 60 días si la información estuviera fuera del centro; lo mantendremos informado al respecto.

Solicitar modificaciones: Tiene derecho a solicitar una modificación de su información de salud si considera que está incompleta o es imprecisa. Debe realizar esta solicitud por escrito al Director del Programa, indicando exactamente qué información está incompleta o es imprecisa y la razón que respalda su solicitud.

Tenemos permitido negar su solicitud si no la presenta por escrito o no incluye un motivo que justifique la solicitud. También podremos rechazar su solicitud si:

- La información no hubiera sido generada por nosotros, o si la persona que la generó ya no estuviera disponible para realizar la modificación.
- La información no formara parte del registro que usted puede inspeccionar y copiar.
- La información no formara parte del registro designado que conserva este programa.
- O si el proveedor de atención médica opinase que la información es precisa y está completa.

Solicitar restricciones: Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación con respecto a la información sobre su salud que utilizamos o divulgamos para servicios, pagos u operaciones del programa. Su solicitud debe efectuarse por escrito al Director de nuestro Programa.

No estamos obligados a aceptar su solicitud. No obstante, si estuviéramos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud salvo que la información fuera necesaria para servicios de emergencia.

Informe de las divulgaciones: Tiene derecho a solicitar una lista de las divulgaciones de su información del programa que realizamos hacia fuera de nuestro programa y que no fueran para servicios, pagos u operaciones de atención médica o autorizadas por usted. Deberá efectuar su solicitud por escrito, declarando el lapso de tiempo para el cual se solicita información.

Se pueden solicitar registros de Camp Wellness de fecha 9 de diciembre de 2009 en adelante, que es la fecha en la que comenzó el programa, o correspondientes a un período de seis años a partir de su primera fecha de servicio, lo que haya ocurrido primero.

Su primera solicitud de una lista de divulgaciones en un período de 12 meses será gratis. Si solicita una lista adicional dentro de los 12 meses posteriores a la primera solicitud, es posible que le cobremos una tarifa correspondiente a los costos de entrega de la lista en cuestión. Le informaremos acerca de dichos costos y le brindaremos la oportunidad de revocar su solicitud antes de incurrir en cualquier costo.

Solicitar comunicaciones confidenciales: Tiene derecho a elegir el modo en que nos comuniquemos con usted para preservar su privacidad. La solicitud debe realizarse por escrito y especificar cómo o en dónde debemos contactarlo. Cumpliremos todas las solicitudes razonables.

Presentar una queja: Si considera que hemos violado sus derechos de privacidad, tiene derecho a presentar una queja ante el Oficial de Privacidad de la Universidad de Arizona, ante el Director del Programa o directamente ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Para presentar una queja puede llamar al 520-621-1465, enviar un correo electrónico a ORCR-VPR@email.arizona.edu, enviar su queja por fax al 520-621-1429 o por correo a: Privacy Officer 1618 E Helen St. Tucson, Arizona 85719. Proporcione tantos detalles como pueda acerca de la supuesta violación. Debe saber que no habrá ninguna represalia por presentar una queja.

Otros usos o divulgaciones

Los usos o divulgaciones de su información de salud no cubiertos por esta notificación o las leyes que se aplican a nosotros pueden realizarse solo con su autorización por escrito. Usted podría revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento y ya no divulgaremos su información de salud por las razones establecidas en su autorización escrita. Las divulgaciones realizadas en virtud de la autorización, antes de la revocación, no son afectadas por la misma.