

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Aviso de Practicas de Privacidad

METHODIST HEALTHCARE MINISTRIES OF SOUTH TEXAS, INC.



WESLEY HEALTH & WELLNESS CENTER

DIXON HEALTH & WELLNESS CENTER

SCHOOL BASED HEALTH CENTER AT SCHERTZ ELEMENTARY

SCHOOL BASED HEALTH CENTER AT KRUEGER ELEMENTARY

PARENTING PROGRAMS

WESLEY NURSE



NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW HEALTH INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

If you have any questions about this notice, please contact our Privacy Officer at (210) 692-0234

This Notice of Privacy Practices is provided to you as a requirement of the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). It describes how Methodist Healthcare Ministries may use or disclose your protected health information, with whom that information may be shared and the safeguards we have in place to protect it. This notice also describes your rights to access, amend, or restrict the use and disclosure (except as required or authorized by law) of your protected health information.

Acknowledgement of Receipt of This Notice

You will be asked to provide a signed acknowledgement of receipt of this notice. Our intent is to make you aware of the possible uses and disclosures of your protected health information and your privacy rights. The delivery of your health care services will in no way be conditioned upon your signed acknowledgement. If you decline to provide a signed acknowledgement, we will continue to provide your treatment, and will use and disclose your protected health information for treatment, payment and health care operations when necessary.

Understanding Your Health Record / Information

Each time you visit a hospital, physician, dentist, or other healthcare provider, a record of your visit is made. Typically, this record contains your symptoms, examination and test results, diagnoses, treatment, and a plan for future care or treatment. This information, often referred to as your health or medical record, serves as a:

- Basis for planning your care and treatment;
- Means of communication among health professionals who contribute to your care;
- Legal document describing the care you received;
- Means by which you or a third-party payer can verify that services billed were actually provided;
- Tool in educating health professionals;
- Source of data for medical research;
- Source of information for public health officials charged with improving the health of the nation;
- Source of data for facility planning and marketing; and
- Tool with which we can assess and continually work to improve the care we rendered and the outcomes we achieve.

Understanding what is in your record and how your health information is used helps you to:

- Ensure its accuracy;
- Better understand who, what, when, where, why and how others may access your health information; and
- Make more informed decisions when authorizing disclosure to others.

Your Health Information Rights

Although your health record is the physical property of Methodist Healthcare Ministries of South Texas, the information belongs to you. You have the right to:

Request a restriction on certain uses and disclosures of your

information as provided by 45 CFR 164.522. You have the right to request a restriction or limitation on the medical 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 medical information we disclose about you to someone who is involved in your care or the payment for your care, like a family member or friend. To request restrictions, you must make your request in writing to the Privacy Officer. In your request, you must tell us (1) what information you want to limit; (2) whether you want to limit our use, disclosure or both; and (3) to whom you want the limits to apply, for example, disclosures to your spouse. A request form is available at the MHM facility where you receive services. We are NOT required to agree to your request. If we do agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide you emergency treatment.

Obtain a paper copy of the Notice of Privacy Practices upon request. You may ask us to give you a copy of this notice at any time. You may obtain a copy of this notice at our website, www.mhm.org. To obtain a paper copy of this notice, contact the Custodian of Records at the facility where you receive services.

Amend your health record as provided in 45 CFR 164.528. If you feel that medical information we have about you is incorrect or incomplete, you may ask us to amend the information. You have the right to request an amendment for as long as the information is kept. To request an amendment, your request must be made in writing and submitted to the Custodian of Records. A request form is available at the MHM facility where you receive services. In addition, you must provide a reason that supports your request. We may deny your request for an amendment if: it is not in writing; does not include a reason to support the request; the information was not created by us; the information in question is not part of the medical information kept in the record; if the information in question is not part of the information which you would be permitted to inspect and copy; or the information in question is accurate and complete.

Inspect and obtain a copy of your health record as provided for in 45 CFR 164.524. Usually, this includes medical and billing records, but does not include psychotherapy notes. To inspect and copy medical information that may be used to make decisions about you, you must submit your request in writing to the Custodian of Records. A request form is available at the MHM facility where you receive services. If you request a copy of the information, we may charge a fee for the costs of copying, mailing or other supplies associated with your request.



Obtain an accounting of disclosures of your health information as provided in 45 CFR.164.528. This is a list of the disclosures we made of medical information about you. To request this list or account of disclosures, you must submit your request in writing to the Custodian of Records. A request form is available at the MHM facility where you receive services. Your request must state the time period, which may not be longer than six years prior to the date of your request. Your request should indicate in what form you want the list (for example, on paper or electronically). The first two lists you request within a 12-month period will be free. For additional requests within the 12-month period, we may charge you for the costs of providing the list.

Request communications of your health information by alternative means or at alternative locations. To request confidential communications, you must make your request in writing to the Custodian of Records. Your request must specify how or where you wish to be contacted. A request form is available at the MHM facility where you receive services.

Authorize the disclosure of your protected health information to another entity. MHM must have a completed authorization form signed by you, identifying what information is to be disclosed, to whom the information is to be disclosed and for what time period. The form should be submitted to the Custodian of Records. Most uses and disclosures, except as required by law, and disclosures of psychotherapy notes require a completed authorization signed by you for us to use or disclose your protected health information.

Revoke your authorization to use or disclose health information except to the extent that action has already been taken. To revoke your authorization, you should make your request in writing to the Privacy Officer. A request form is available at the MHM facility where you receive services.

Our Responsibilities to You Regarding Protected Health Information

This organization is required to:

- Maintain the privacy of your health information.
- Provide you with a notice as to our legal duties and privacy practices with respect to information we collect and maintain about you.
- Abide by the terms of this notice.
- Notify you if we are unable to agree to a requested restriction.
- Accommodate reasonable requests you may have to communicate health information by alternative means or at alternative locations.
- Notify you of any unapproved use or disclosure (breach) of your health information.

We reserve the right to change our practices and to make the new provision effective for all protected health information we maintain. Should our information practices change, we will mail a revised notice to the address you have supplied us.

We will not use or disclose your health information without your authorization, except as described in this notice.

How We May Use or Disclose Your Protected Health Information

The following are examples of permitted uses and disclosures of your protected health information. These are examples only and do not represent a complete or exhaustive list of uses and disclosures.

Required Uses and Disclosures

By Law, we must disclose your health information to you unless it has been determined by a competent medical authority that it would be harmful to you. We must also disclose health information to the Secretary of the Department of Health and Human Services (DHHS) for investigations or determinations of our compliance with laws on the protection of your health information.

We will use your health information for treatment.

For Example: Information obtained by a health care provider, or other member of your health care team will be recorded in your record and used to determine the course of treatment that should work best for you. Your health care provider will document in your record his or her expectations of the members of your healthcare team. Members of your healthcare team will then record the actions they took and their observations. In that way, the health care provider will know how you are responding to treatment.

We may provide other health care providers, hospitals, outpatient facilities or ambulances with copies of various reports that would provide assistance in your treatment.

We will use your health information for payment.

For Example: A bill may be sent to you or a third-party payer. The information on or accompanying the bill may include information that identifies you, as well as your diagnosis, procedures, and supplies used.

We will use your health information for regular health operations

For Example: Members of the medical, dental and/or behavioral health staff, the risk or quality improvement staff may use information in your health record to assess the care and outcomes in your case and others like it. This information will then be used in an effort to continually improve the quality and effectiveness of the healthcare and services we provide.

Business Associates: There are some services provided in our organization through contacts with business associates. Examples include computer software services and diagnostic services. When these services are used, we may disclose your health information to our business associate so they can perform the job we have asked them to do. To protect your health information, however, we require the business associate to appropriately safeguard your information.

Notification: We may use or disclose information to notify or assist in notifying a family member, personal representative, or another person responsible for your care, your location, and general condition.

Communication with Family or Individuals Involved in Your



Health Care: Health professionals, using their best judgment, may disclose to a family member, other relative, close personal friend or any other person you identify, health information relevant to that person's involvement in your care or payment related to your care.

Research: We may disclose information to researchers when their research has been approved by an institutional review board that has reviewed the research proposal and established protocols to ensure the privacy of your health information.

Marketing: We may contact you to provide appointment reminders or information about treatment alternatives or other health-related benefits and services that may be of interest to you. We must have your prior written authorization to provide information to you regarding products or services for which we have received payment to share this information with you.

Fund Raising: We will not use or disclose to any state, federal, or local government, or to a foundation; any individually identifiable health information, for the purpose of raising funds for our own benefit or for the benefit of any other organization without your prior written authorization. We may contact you to raise funds for MHM, but must allow you the opportunity to refuse to participate. If you refuse to participate, MHM may not solicit you again regarding the raising of funds.

Food and Drug Administration (FDA): We may disclose to the FDA health information relative to adverse events with respect to food, supplements, products and product defects, or post marketing surveillance information to enable product recalls, repairs or replacement.

Workers Compensation: We may disclose health information to the extent authorized by and to the extent necessary to comply with laws relating to workers compensation or other similar programs established by law.

Public Health: As required by law, we may disclose your health information to public health or legal authorities charged with preventing or controlling disease, injury, abuse, neglect or disability.

Health Information Exchange: We may disclose your health information to a health information exchange to improve: continuity of patient care, access to health records, and communication between facilities. Participation is automatic unless you choose not to share your information with the health information exchange. You have the right to cancel your participation at any time.

Law Enforcement: We may disclose health information for law enforcement purposes as required by law or in response to a valid subpoena.

Schools: We may disclose health information concerning the student served by the School Based Health Centers to the student's school to ensure the health and safety of the student and other students.

Health Oversight Activities: We may disclose medical information to a health oversight agency for activities authorized

by law. These oversight activities include, for example, audits, investigations, inspections and licensure.

Required by Law: We may use or disclose your protected health information if law or regulations requires the use or disclosure.

Federal law makes provisions for your health information to be released to an appropriate health oversight agency, public health authority or attorney, provided that a work force member or business associate believes in good faith that Methodist Healthcare Ministries has engaged in unlawful conduct or has otherwise violated professional or clinical standards and is potentially endangering one or more patients, workers or the public.

For More Information or to Report a Problem

If you have any questions and would like additional information, you may contact our Privacy Officer, at Methodist Healthcare Ministries, 4507 Medical Drive, San Antonio, Texas, 78229, (210) 692-0234.

If you believe your privacy rights have been violated, you can file a complaint with the Privacy Officer or with the Secretary of Health and Human Services. There will be no retaliation for filing a complaint.

This Notice is Effective in its Entirety as of: April 14, 2003

Revised: February 1, 2005
April 1, 2007
September 23, 2013



AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SE PUEDEN UTILIZAR Y DIVULGAR LOS DATOS SOBRE SU SALUD Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTOS DATOS. FAVOR DE REVISARLO CUIDADOSAMENTE.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, favor de comunicarse con su Oficial de Privacidad al: (210) 692-0234

Este Aviso de Prácticas de Privacidad se le entrega a usted como lo requiere la ley, Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). Describe la forma en que Methodist Healthcare Ministries puede usar o divulgar sus datos de salud protegidos, con quién puede compartir esos datos y los tipos de protección que hemos establecido para proteger los mismos. Este aviso también describe sus derechos a acceder, enmendar o restringir el uso y la divulgación (excepto como lo requiera o autorice la ley) de sus datos de salud protegidos.

Reconocimiento de Haber Recibido este Aviso

Se le pedirá que firme un documento reconociendo que recibió este aviso. Nuestro propósito es hacerle conocer los posibles usos y divulgaciones de sus datos protegidos de salud y de su derecho a la privacidad. De ninguna manera afectará sus servicios de cuidado de salud, el que usted firme este reconocimiento. Si usted decide no firmar el reconocimiento de recibo, le seguiremos proporcionando su tratamiento, y usaremos y divulgaremos sus datos de salud protegidos para el tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud cuando sea necesario.

Entendiendo su Historial/Datos de Salud

Cada vez que usted visita un hospital, un médico, un dentista u otro proveedor de cuidado de salud, se documenta su visita. Normalmente, esta documentación incluye sus síntomas, exámenes y resultados de pruebas, el diagnóstico, tratamiento y un plan de cuidado o tratamiento futuro. Estos datos, que frecuentemente se conocen como su historial médico, sirven como:

- Una base para planificar su cuidado y su tratamiento
- Una forma de comunicación entre los profesionistas de salud que contribuyen a su cuidado
- Un documento legal que describe el cuidado que usted recibe
- Una forma por la cual usted y otra persona responsable de pagar pueden verificar que los servicios cobrados realmente se recibieron.
- Una herramienta para educar a los profesionistas médicos
- Una fuente de datos para la investigación médica
- Una fuente de datos para oficiales de la salud pública encargados de mejorar la salud del país
- Una fuente de datos para la planificación y mercadeo de las instalaciones
- Una herramienta para evaluar and continuamente trabajar hacia el mejoramiento del cuidado que proveemos y los resultados que logramos

Entendiendo lo que hay en su historial y cómo se utilizan sus datos de salud le ayuda a:

- Asegurar su precisión
- Entender mejor quién, qué, cuándo, dónde, por qué y cuántos otros pueden tener acceso a sus datos de salud
- Tomar decisiones más informadas cuando autoriza divulgación a otros

Sus Derechos de Datos de Salud

Aunque su historial de salud se convierte en propiedad física de Methodist Healthcare Ministries del Sur de Texas, estos datos son su propiedad. Usted tiene derecho a:

Pedir una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de sus datos de acuerdo con 45 CFR 164.522. Usted tiene derecho a pedir una restricción o limitación sobre los datos médicos que usemos o divulguemos de usted para el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud. Usted también tiene derecho a pedir que se limiten los datos médicos que divulgamos de usted a alguien que esté involucrado en su cuidado o en el pago por su cuidado, como un miembro de la familia o un amigo. Para solicitar restricciones, usted tiene que hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. En su solicitud, tiene que decirnos (1) qué datos quiere limitar; (2) si quiere limitar nuestro uso, divulgación, o ambas cosas; y (3) a quién quiere usted que se apliquen los límites, por ejemplo, información para su esposo(a). Una forma de solicitud está disponible en las instalaciones MHM donde recibe servicios. NO estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud. Si es que sí estamos de acuerdo, cumpliremos su solicitud, excepto si se necesitan los datos para proveerle cuidado de emergencia.

Obtener una copia en papel del Aviso de Prácticas de Privacidad al solicitarla. Usted puede pedir que le proporcionemos una copia de este aviso en cualquier momento. Usted puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web, www.mhm.org. Para obtener una copia en papel de este aviso, comuníquese con el Encargado de Archivos en las instalaciones en las que usted recibe servicios.

Modificar su historial de salud de acuerdo con 45 CFR 164.528. Si usted piensa que los datos médicos que tenemos de usted están incorrectos o incompletos, puede pedir que cambiemos los datos. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda por el tiempo que se guarden los datos. Para pedir una enmienda, su solicitud tiene que ser por escrito y tiene que entregarse al Encargado de Archivos. Una forma de solicitud está disponible en las instalaciones MHM donde recibe servicios. Adicionalmente, usted tiene que proveer una razón que respalde su solicitud. Podemos negar su petición de una enmienda si: no está por escrito, si no incluye una razón para cumplir con la petición, si los datos no los creamos nosotros, los datos en cuestión no son parte de los datos médicos que se encuentran en el archivo; si los datos en cuestión no son parte de los datos que se le permitiría



inspeccionar y copiar; o si los datos en cuestión son precisos y completos.

Inspeccionar y obtener una copia su record de salud: de acuerdo con 45 CFR 164.524. Usualmente, esto incluye medicina y récords, pero no incluye las notas de psicoterapia. Para revisar y copiar información médica que puede ser utilizada para tomar alguna decisión en relación a usted, debe entregar su solicitud por escrito al Encargado de Archivos. Una forma de solicitud está disponible en las instalaciones de MHM donde recibe servicios. Si usted solicita una copia de la información, podríamos cobrarle por las copias, el correo o cualquier otro gasto asociado con su solicitud.

Obtener un recuento de datos acerca de su información de salud como se provee en 45 CFR.164.528. Esta es una lista de los datos que damos a conocer de su información médica. Para solicitar esta lista o recuento de datos que se dan a conocer, debe entregar una solicitud por escrito al Encargado de Archivos. Una forma de solicitud está disponible en las instalaciones de MHM donde recibe servicios. Su solicitud debe indicar el periodo de tiempo, que no puede ser mayor a seis años antes del día de su petición. Su solicitud debe indicar en que forma desea usted la lista (por ejemplo: en papel, o electrónicamente). Las primeras dos listas que usted solicita en un periodo de 12 meses no le costarán nada. Por solicitudes adicionales, en un periodo de 12 meses, podríamos cobrarle por los costos de proporcionarle la lista.

Solicitar datos de su información de salud mediante medios alternativos o en sitios alternativos. Para solicitar datos confidenciales, debe presentar una solicitud por escrito al Encargado de Archivos. Su solicitud debe especificar de que manera o donde desea ser contactado. Una forma de solicitud está disponible en las instalaciones MHM donde recibe servicios.

Autorizar la divulgación de su información de salud que está protegida, a otra entidad. MHM debe tener una forma de autorización completa firmada por usted, identificando que información se debe dar a conocer, a quien se le dará a conocer y por qué periodo de tiempo. La forma debe ser entregada al Encargado de Archivos. La mayoría de los usos y revelación, a excepción a lo requerido bajo la ley, de las notas de psicoterapia requiere una autorización completa firmada por usted para usar y revelar su información de salud.

Revocar su autorización para usar o dar a conocer información médica excepto hasta el punto que ya se haya hecho. Para revocar la autorización, usted debe presentar una solicitud por escrito al Encargado de Privacidad. Una forma de solicitud está disponible en las instalaciones MHM donde recibe servicios.

Nuestras Responsabilidades Hacia Usted Concerniente a Su Información de Salud Protegida

- A esta organización se le requiere:
- Mantener la privacidad de su información de salud.
- Proporcionarle un aviso relacionado con nuestras obligaciones legales y nuestras prácticas de privacidad, con relación a la información que

reunimos y mantenemos sobre usted.

- Apegarse a los términos de este aviso.
- Notificarle si estamos en desacuerdo con una restricción solicitada.
- Cumplir con solicitudes razonables que usted pudiera tener para enviarle datos sobre su salud mediante medios alternativos o en sitios alternativos.
- Informarle a usted de cualquier uso o divulgación no aprobada de su información médica.

Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas y a hacer efectiva la nueva medida para toda la información de salud protegida que nosotros tenemos. Si cambian nuestras prácticas de información, le enviaremos por correo un aviso revisado a la dirección que nos haya dado.

No usaremos ni daremos a conocer datos sobre su salud, sin su autorización, excepto de la manera que se describe en este aviso.

De Que Manera Podríamos Usar o Dar a Conocer Su Información de Salud Protegida

Los siguientes son ejemplos de usos permitidos y divulgación de datos de su información de salud protegida. Estos son solamente ejemplos y no representan una lista completa o exhaustiva de usos y divulgación.

Usos Requeridos y Divulgaciones

Por ley, debemos dar a conocer datos sobre su salud, a menos que haya sido determinado por una autoridad médica competente que esto podría ser peligroso para usted. Asimismo, debemos dar a conocer datos de su salud al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humano (DHHS), para investigaciones o determinaciones de nuestro cumplimiento con las leyes de protección de su información de salud.

Usaremos su información de salud para tratamiento

Por ejemplo: La información obtenida por una enfermera, el proveedor de salud, u otro miembro de su equipo de cuidado de salud, será registrada en su archivo y se utilizará para determinar el curso del tratamiento que debe funcionar mejor para usted. Su proveedor de salud anotará en su archivo sus expectativas de los miembros de su equipo de cuidado de salud. Los miembros de su equipo de cuidado de salud, por su parte, anotarán las acciones que tomen y sus observaciones. De esa manera, el proveedor de salud sabrá como está respondiendo al tratamiento.

Podríamos proporcionarles a otros el proveedor de salud, hospitales, instalaciones de pacientes externos o ambulancias, copias de varios reportes que podrían ofrecer asistencia en su tratamiento.

Usaremos su información de salud para su pago

Por ejemplo: Le puede ser enviada una cuenta a usted o a una tercera persona responsable del pago. La información en la cuenta o que vaya con ésta puede incluir información que lo identifique a usted, así como su diagnóstico, procedimientos, y suministros empleados.

Usaremos su información para operaciones regulares de salud



Por ejemplo: Los miembros del personal médico, personal dental y/o de comportamiento, el personal de mejoramiento de calidad o riesgo puede utilizar la información en su historial de salud para evaluar el cuidado y los resultados en su caso y en otros similares. Esta información se utilizará en un esfuerzo de mejorar continuamente la calidad y la efectividad del cuidado de salud y los servicios que proveemos.

Socios Comerciales: Existen algunos servicios en nuestra organización ofrecidos por medio de contactos con socios comerciales. Ejemplos de esto incluyen servicios de software de computadora y un servicio de diagnóstico. Cuando se utilizan estos servicios, es posible que divulguemos su información a nuestro socio comercial para que pueda llevar a cabo el trabajo que le hemos pedido que haga. Para proteger sus datos de salud, sin embargo, requerimos que el socio comercial proteja su información apropiadamente.

Notificación: Es posible que usemos o divulguemos datos para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, un representante personal u otra persona responsable de su cuidado, su ubicación y su condición general.

Comunicación con la Familia o Individuos que Participan en su Cuidado de Salud Los profesionistas de salud, usando su mejor discreción, pueden divulgarle a un miembro de su familia, a otro pariente, un amigo(a) íntimo personal o a cualquier otra persona que usted identifique, datos de su salud relevantes a la participación de esa persona en su cuidado o a un pago por servicios relacionado con su cuidado.

Investigación: Es posible que divulguemos su información a investigadores cuando sus estudios han sido aprobados por el consejo de revisión institucional que ha revisado la propuesta de investigación y ha establecido los protocolos necesarios para asegurar la privacidad de su información de salud.

Mercadeo: Es posible que nos comuniquemos con usted para hacerle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que le puedan interesar a usted. Debemos tener autorización previa de su parte para darle información de los pagos que recibimos de productos o servicios, para poder darle toda esta información.

Recaudación de Fondos: De ninguna manera utilizaremos o daremos a conocer al gobierno local, estatal o federal, o a alguna fundación, información de salud que pueda identificar a alguna persona, con el propósito de obtener un beneficio para nuestra institución o, para el beneficio de alguna otra organización, sin contar con una autorización previa, por escrito, de parte suya. Podemos contactarlo para recabar fondos para MHM, pero debemos darle la oportunidad de negarse a participar. Si usted se niega a participar, MHM no le puede pedir otra vez que haga donación de fondos.

Administración de Alimentos y Drogas (FDA): Podemos divulgarle a la FDA datos de salud relacionados a eventos adversos en cuanto a comida, suplementos, productos y defectos de productos, o datos de investigación de mercadotecnia de

seguimiento para permitir retiros voluntarios de productos, reparaciones o reemplazos.

Compensación del Trabajador: Podemos divulgar información de salud al punto autorizado por y necesario para cumplir con las leyes relacionadas a la compensación del trabajador u otros programas similares establecidos por la ley.

Salud Pública: Como se requiere por ley, podemos divulgar su información de salud a autoridades de salud pública o legales, encargadas de la prevención o el control de enfermedades, lastimadura, abuso, descuido o discapacidades.

Intercambio de Información de Salud: Podríamos darle a conocer información de salud a un centro de intercambio de información de salud para mejorar: la continuidad del cuidado del paciente, acceso a records de salud y comunicación entre instituciones. La participación es automática, a menos que usted escoja no compartir su información con el centro de intercambio de información.

Policiaca: Podemos divulgar datos de salud para propósitos policiacos, como se requiera por ley o en respuesta a una orden judicial válida.

Escuelas: Podemos divulgar información de salud del alumno a la escuela relacionada al estudiante atendido por los Centros de Salud Basados en Escuelas, para asegurar la salud y la seguridad de dicho estudiante y de los otros estudiantes.

Actividades de Inspección de Salud: Podemos divulgar datos médicos a una agencia de inspección para actividades autorizadas por ley. Estas actividades de revisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias.

Requerido por Ley: Podemos divulgar su información protegida de salud si las leyes o reglamentos requieren el uso o la divulgación de la misma.

La ley federal estipula que sus datos de salud pueden divulgarse a la agencia de revisión, autoridad o abogado de salud pública apropiado, siempre y cuando un miembro de la fuerza laboral o un socio comercial crea, en buena fe, que Methodist Healthcare Ministries ha participado en conducta ilegal o de otra manera no ha cumplido con estándares profesionales o clínicos y está posiblemente poniendo en peligro a un paciente o más, a trabajadores o al público.

Para Datos Adicionales o para Reportar un Problema

Si tiene preguntas y le gustaría tener datos adicionales, puede comunicarse con el Oficial de Privacidad, al Methodist Healthcare Ministries, 4507 Medical Drive, San Antonio, Texas, 78229, (210) 692-0234.

Si usted cree que se han violado sus derechos a la privacidad, puede presentar una queja con el Oficial de Privacidad o con la Secretaría de Servicios Humanos y de Salud. No habrá represalias por presentar una queja.

Este aviso es plenamente efectivo a partir de: 14 de abril, 2003

Revisión: 1 de febrero, 2005

1 de abril, 2007

23 de septiembre, 2013





OF SOUTH TEXAS, INC.

"Serving Humanity to Honor God"

4507 Medical Drive
San Antonio, Texas 78229

Non-Profit Org.
U.S. Postage
PAID
San Antonio, TX
Permit # 2207



www.mhm.org