

## HIPAA Omnibus Notice of Privacy Practices

**This Notice of Privacy Practices is NOT an authorization. This Notice of Privacy Practices describes how we, our Business Associates and their subcontractors, may use and disclose your Protected Health Information (PHI) to carry out Treatment, Payment or Health Care Operations (TPO) and for other purposes that are permitted or required by law. It also describes your rights to access and control your Protected Health Information. Please review it carefully.**

We reserve the right to change this notice at any time and to make the revised or changed notice effective in the future. A copy of our current notice will always be posted in the waiting area. You may also obtain your own copy by accessing our website at [www.lakeobgyn.net](http://www.lakeobgyn.net) or calling the Privacy Officer, Danielle Hall, at 440-352-0688.

Some examples of **Protected Health Information** include information about your past, present or future physical or mental health condition, genetic information, or information about your health care benefits under an insurance plan, each when combined with identifying information such as your name, address, social security number or phone number.

### USES AND DISCLOSURES OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

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

**Treatment:** We may use and disclose your Protected Health Information to provide, coordinate, or manage your health care and any related services. For example, your Protected Health Information may be provided to a physician to whom you have been referred to ensure that the physician has the necessary information to diagnose or treat you.

**Payment:** Your Protected Health Information may be used, as needed, to obtain payment for your health care services after we have treated you. In some cases, we may share information about you

with your health insurance company to determine whether it will cover your treatment.

**Healthcare Operations:** We may use or disclose, as-needed, your Protected Health Information in order to support the business activities of our practice, for example: quality assessment, employee review, training of medical students, licensing, fundraising, and conducting or arranging for other business activities.

**Appointment Reminders and Health-related Benefits and Services:** We may use or disclose your Protected Health Information, as necessary, to contact you to remind you of your appointment, and inform you about treatment alternatives or other health-related benefits and services that may be of interest to you. If we use or disclose your Protected Health Information for **fundraising activities**, we will provide you the choice to opt out of those activities. You may also choose to opt back in.

**Friends and Family Involved in Your Care:** If you have not voiced an objection, we may share your health information with a family member, relative, or close personal friend who is involved in your care or payment for your care, including following your death.

**Business Associate:** We may disclose your health information to contractors, agents and other "business associates" who need the information in order to assist us with obtaining payment or carrying out our business operations. For example, a billing company, an accounting firm, or a law firm that provides professional advice to us. Business associates are required by law to abide by the HIPAA regulations.

**Proof of Immunization:** We may disclose proof of immunization to a school about a student or prospective student of the school, as required by State or other law. Authorization (which may be oral) may be obtained from a parent, guardian, or other person acting in loco parentis, or by the adult or emancipated minor.

**Incidental Disclosures:** While we will take reasonable steps to safeguard the privacy of your health information, certain disclosures of your health information may occur during or as an unavoidable result of our otherwise permissible uses or disclosures of your health information. For example, during the course of a treatment session, other

patients in the treatment area may see, or overhear discussion of, your health information.

### **Emergencies or Public Need:**

We may use or disclose your health information if you need emergency treatment or if we are required by law to treat you.

We may use or disclose your Protected Health Information in the following situations without your authorization: as required by law, public health issues, communicable diseases, abuse, neglect or domestic violence, health oversight, lawsuits and disputes, law enforcement, to avert a serious and imminent threat to health or safety, national security and intelligence activities or protective services, military and veterans, inmates and correctional institutions, workers' compensation, coroners, medical examiners and funeral directors, organ and tissue donation, and other required uses and disclosures. We may release some health information about you to your employer if your employer hires us to provide you with a physical exam and we discover that you have a work related injury or disease that your employer must know about in order to comply with employment laws. Under the law, we must also disclose your Protected Health Information when required by the Secretary of the Department of Health and Human Services to investigate or determine our compliance with the requirements under Section 164.500.

### REQUIREMENT FOR WRITTEN AUTHORIZATION

There are certain situations where we must obtain your written authorization before using your health information or sharing it, including:

**Most Uses of Psychotherapy Notes**, when appropriate.

**Marketing:** We may not disclose any of your health information for marketing purposes if our practice will receive direct or indirect financial payment not reasonably related to our practice's cost of making the communication.

**Sale of Protected Health Information:** We will not sell your Protected Health Information to third parties.

**You may revoke the written authorization**, at any time, except when we have already relied upon it. To revoke a written authorization, please write to the Privacy Officer at our practice. You may also initiate

## HIPAA Omnibus Aviso de Prácticas de Privacidad

**Este Aviso de Prácticas de Privacidad NO es una autorización. Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo nosotros, nuestros Asociados Comerciales y sus subcontratistas, podemos usar y divulgar su Información Médica Protegida (PHI) para proceder con su Tratamiento, Pago u Operaciones de Cuidado de su Salud (TPO) y para otros fines que sean permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su Información Médica Protegida. Por favor, revíselo cuidadosamente.**

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento y hacer efectivo el aviso revisado o modificado en el futuro. Una copia de nuestra notificación actual siempre se encontrará publicada en nuestra sala de espera. Usted también puede obtener su propia copia accediendo a nuestro sitio web [www.lakeobgyn.net](http://www.lakeobgyn.net) o llamando al Oficial de Conformidad (Privacy Officer) al **Danielle Hall, 440-352-0688**.

Algunos ejemplos de **Información Médica Protegida** incluyen: información acerca de su condición de salud física o mental pasada, presente o futura; información genética o información sobre sus beneficios de salud bajo un plan de seguro, cuando cada uno de ellos se utilice en combinación con su información de identificación personal, como su nombre, dirección, número de seguro social o número de teléfono.

### **USOS Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Existen algunas situaciones en las que no necesitamos su autorización por escrito antes de utilizar o compartir su Información Médica Protegida con otros, incluyendo:

**Tratamiento:** Podemos utilizar y divulgar su Información Médica Protegida para proporcionar, coordinar o manejar su cuidado médico y los servicios relacionados con el mismo. Por ejemplo, su Información Médica Protegida puede ser proporcionada a un médico a quien se le ha referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarle o tratarle.

**Pago:** Su Información Médica Protegida puede utilizarse, según sea necesario, para obtener el pago por los servicios de atención médica después de que lo hayamos tratado. En algunos casos, podemos

compartir información sobre usted con su compañía aseguradora para determinar si cubrirá el tratamiento.

**Operaciones de Atención Médica:** Podemos utilizar o divulgar, según sea necesario, su Información Médica Protegida con el fin de apoyar las actividades de nuestra práctica, por ejemplo: evaluar la calidad, revisión de empleados, formación de los estudiantes de medicina, licencias, recaudación de fondos y conducir u organizar otras actividades empresariales.

**Recordatorios de Citas y Servicios y Beneficios relacionados con la Salud:** Podemos utilizar o divulgar su Información Médica Protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted y recordarle de sus citas o informarle sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con los servicios de salud que puedan ser de interés para usted. Si utilizamos o revelamos su Información Médica Protegida para las actividades de **recaudación de fondos**, le ofreceremos la opción de negarse a participar en estas actividades. También puede decidir seguir participando en ellas.

**Amigos y Familia Involucrados en Su Cuidado:** Si usted no ha manifestado lo contrario, podemos compartir su información médica con un miembro de la familia, pariente o amigo cercano que esté involucrado en su cuidado o en el pago de su atención, incluso después de su muerte.

**Socios Comerciales:** Podemos divulgar su información médica a contratistas, agentes y otros "socios comerciales" que necesitan la información con el fin de ayudarnos a obtener pagos o llevar a cabo nuestras operaciones de negocios. Por ejemplo: una empresa de facturación, una firma de contadores o una firma de abogados que nos brinde asesoría profesional. Por ley, los Socios Comerciales deben acatar las regulaciones de HIPAA.

**Prueba de Inmunización:** Podemos divulgar pruebas de inmunización (vacunas) a una escuela sobre un estudiante o futuro alumno, como es requerido por la ley Estatal u otra ley. La autorización (que puede ser oral) puede ser obtenida de un padre, tutor u otra persona que actúe en lugar de los padres, o por el menor emancipado o adulto.

**Divulgaciones Incidentales (casuales):** A pesar de que tomaremos las medidas razonables para salvaguardar la privacidad de su información médica, pueden ocurrir divulgaciones de la misma durante o como un resultado inevitable de nuestros usos o divulgaciones autorizadas de su información médica. Por ejemplo, durante el transcurso de una sesión de tratamiento, otros pacientes en el área de tratamiento

pueden ver o escuchar la discusión sobre su información médica.

### **Emergencias o Necesidad Pública:**

Podemos utilizar o divulgar su información médica si usted necesita tratamiento de emergencia o si se nos requiere, por ley, que se le trate.

Podemos utilizar o divulgar su Información Médica Protegida sin su autorización en las situaciones siguientes: como sea requerido por la ley, por cuestiones de salud pública, enfermedades transmisibles, abuso, negligencia o violencia doméstica, supervisión de la salud, demandas y disputas, si es requerido por la policía, para evitar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad, para actividades de inteligencia y seguridad nacionales o los servicios de protección, militares y veteranos, reclusos y las instituciones correccionales, compensación de trabajadores, médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias, donación de órganos y tejidos y otros usos y divulgaciones requeridas.

Podemos divulgar alguna información médica sobre usted a su empleador si su empleador nos contrata para proporcionarle un examen físico y descubrimos que tiene una lesión o una enfermedad relacionada con el trabajo de la cual su empleador debe tener conocimiento para cumplir con las leyes de empleo. Bajo la ley, nosotros también debemos revelar su Información Médica Protegida cuando sea requerido por la Secretaría del Departamento de Salud y Recursos Humanos, para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos establecidos en la sección 164.500.

### **REQUERIMIENTO DE AUTORIZACIÓN POR ESCRITO**

Hay ciertas situaciones en las cuales debemos obtener su autorización por escrito antes de usar su información de salud o compartirla, incluyendo:

**La Mayor parte de los Usos de las Notas de Psicoterapia,** cuando sea apropiado.

**Mercadotecnia:** No podemos divulgar ninguna información sobre su salud para fines de mercadeo si nuestra práctica recibe un pago financiero directo o indirecto por la misma y que no esté relacionado (razonablemente) con el costo de los gastos de comunicación de nuestra práctica.

**Venta de Información Médica Protegida:** No venderemos su Información Médica Protegida a terceros.

**Usted puede revocar la autorización por escrito,** en cualquier momento, excepto cuando ya la hayamos

utilizado. Para revocar una autorización por escrito, por favor escriba al Oficial de Conformidad (Privacy Officer) a nuestra oficina. Usted también puede iniciar la transferencia de sus archivos a otra persona completando un formulario de autorización por escrito.

#### **DERECHOS DE LOS PACIENTES**

**Derecho a Revisar y Copiar los Records.** Usted tiene el derecho de revisar y obtener una copia de su información médica, incluyendo sus records médicos y de facturación. Para revisar u obtener una copia de su información médica, por favor envíe su solicitud por escrito a las oficinas de nuestra práctica. **Podemos cobrarle una cuota por los costos de copiado, envío u otros materiales.** Si desea una copia electrónica de su información médica, le proporcionaremos una siempre y cuando podamos producir dicha información en la forma en la que usted nos lo solicita. En algunas circunstancias, podemos negarle la solicitud. Bajo ley federal, usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia, información compilada y con anticipación razonable de, o utilizada en, una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, información médica protegida restringida por la ley, información relacionada con una investigación médica en la que usted haya accedido a participar, información cuya divulgación pueda ocasionar daño o lesión a usted o a otra persona, o información que fuese obtenida bajo la promesa de confidencialidad.

**Derecho a Modificar los Registros.** Si usted cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, usted puede solicitar una enmienda de la misma por escrito. Si denegamos su solicitud, nosotros le proporcionaremos una notificación por escrito explicando las razones. Usted tendrá el derecho a tener cierta información relacionada a su solicitud incluida en sus registros.

**Derecho a un Record de Divulgaciones.** Usted tiene el derecho de solicitar un "informe de divulgaciones" cada 12 meses, **exceptuando** aquellas divulgaciones hechas con la autorización (por escrito) del paciente o de sus representantes; para fines de tratamiento, pago u operaciones de cuidado médico cuando sea requerido por la ley, o (6) seis años antes de la fecha de la solicitud. Para obtener un formulario de solicitud para un record de divulgaciones, por favor diríjase al Oficial de Conformidad (Privacy Officer).

**Derecho a Recibir Notificación de Violación.** Usted tiene el derecho de ser notificado dentro de los sesenta (60) días después de que se haya descubierto una violación a su información médica desprotegida si hay más que una mínima probabilidad de que dicha información haya sido comprometida.

**Derecho a Solicitar Restricciones.** Usted tiene el derecho de solicitar que restrinjamos aún más la forma en que usamos y compartimos su información médica para tratar su condición, cobrar el pago para ese tratamiento, ejecutar nuestras operaciones normales de negocio o revelar su información a familiares o amigos involucrados en su cuidado. Su petición debe indicar las restricciones específicas solicitadas y a quién quiere que se le aplique la restricción. Su médico no está obligado a aceptar su solicitud, excepto si usted solicita que el médico no divulgue Información Médica Protegida a su aseguradora cuando usted haya pagado el total de éstos gastos de su bolsillo.

**Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales.** Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros le contactaremos para tratar sus asuntos médicos de una manera más confidencial, como por ejemplo llamando a su trabajo en lugar de a su casa. Nosotros no le preguntaremos la razón de su petición, y trataremos de complacer todas las solicitudes siempre y cuando sean razonables.

**Derecho a que Alguien Actúe en su Nombre.** Usted tiene el derecho a nombrar a un representante personal que puede actuar en su nombre para controlar la privacidad de su información médica. Los padres y tutores tendrán, generalmente, el derecho de controlar la privacidad de la información médica de los menores de edad, a menos que los menores estén permitidos por la ley para actuar en su propio nombre.

**Derecho a Obtener una Copia de los Avisos.** Si usted está recibiendo este Aviso por vía electrónica, tiene el derecho a tener una copia impresa de éste Aviso.

**Derecho a Presentar una Queja.** Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros, usted puede presentar una queja llamando al Oficial de Conformidad (Privacy Officer) al **<insertar número telefónico>** o a la Secretaría del Departamento de Salud y Recursos Humanos. No dejaremos de atenderle ni tomaremos represalias en caso de que presente una queja.

**Uso y Divulgación Donde Pueden Aplicar Protecciones Especiales.** Algunos tipos de información, tal como la relacionada al tratamiento del abuso de alcohol y otras sustancias, el VIH, la salud mental, psicoterapia e información genética, se consideran tan sensibles que las leyes estatales o federales proporcionan protecciones especiales para ellas. Por lo tanto, algunas partes de este Aviso de Prácticas de Privacidad pueden no aplicarse a estos tipos de información. Si usted tiene preguntas o inquietudes acerca de las formas en las que estos tipos

de información pueden ser usados o divulgados, por favor hable con su proveedor de cuidado médico.

**Lake Obstetrics &  
Gynecology, Inc.**

**7508 Auburn Rd. #313  
Concord, OH 44077**

**Teléfono: 440-352-0688  
Fax: 440-352-3724**

**Health Insurance  
Portability and  
Accountability Act of 1996  
(Ley de Transferibilidad y  
Responsabilidad de Seguros  
Médicos, 1996)**

**HIPAA OMNIBUS  
AVISO DE PRACTICAS DE  
PRIVACIDAD**

**Efectivo Abril 14, 2003**

**Revisado: Marzo 25, 2013**

**Privacy Officer: Danielle Hall  
Teléfono: 440-352-352-0688**

**Al firmar el Acuse de Recibo, usted solo está confirmando que recibió o que le han ofrecido la oportunidad de recibir, una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.**

the transfer of your records to another person by completing a written authorization form.

#### **PATIENT RIGHTS**

**Right to Inspect and Copy Records.** You have the right to inspect and obtain a copy of your health information, including medical and billing records. To inspect or obtain a copy of your health information, please submit your request in writing to the practice. We may charge a fee for the costs of copying, mailing or other supplies. If you would like an electronic copy of your health information, we will provide one to you as long as we can readily produce such information in the form requested. In some limited circumstances, we may deny the request. Under federal law, you may not inspect or copy the following records: Psychotherapy notes, information compiled in reasonable anticipation of, or used in, a civil, criminal, or administrative action or proceeding, protected health information restricted by law, information related to medical research where you have agreed to participate, information whose disclosure may result in harm or injury to you or to another person, or information that was obtained under a promise of confidentiality.

**Right to Amend Records.** If you believe that the health information we have about you is incorrect or incomplete, you may request an amendment in writing. If we deny your request, we will provide a written notice that explains our reasons. You will have the right to have certain information related to your request included in your records.

**Right to an Accounting of Disclosures.** You have a right to request an "accounting of disclosures" every 12 months, except for disclosures made with the patient's or personal representatives written authorization; for purposes of treatment, payment, healthcare operations; required by law, or six (6) years prior to the date of the request. To obtain a request form for an accounting of disclosures, please write to the Privacy Officer.

**Right to Receive Notification of a Breach.** You have the right to be notified within sixty (60) days of the discovery of a breach of your unsecured protected health information if there is more than a low probability the information has been compromised.

**Right to Request Restrictions.** You have the right to request that we further restrict the way we use and disclose your health information to treat your condition, collect payment for that treatment, run our

normal business operations or disclose information about you to family or friends involved in your care. Your request must state the specific restrictions requested and to whom you want the restriction to apply. Your physician is not required to agree to your request except if you request that the physician not disclose Protected Health Information to your health plan when you have paid in full out of pocket.

**Right to Request Confidential Communications.** You have the right to request that we contact you about your medical matters in a more confidential way, such as calling you at work instead of at home. We will not ask you the reason for your request, and we will try to accommodate all reasonable requests.

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

**Right to Obtain a Copy of Notices.** If you are receiving this Notice electronically, you have the right to a paper copy of this Notice.

**Right to File a Complaint.** If you believe your privacy rights have been violated by us, you may file a complaint with us by calling the Privacy Officer at **440-352-0688** or with the Secretary of the Department of Health and Human Services. We will not withhold treatment or take action against you for filing a complaint.

**Use and Disclosures Where Special Protections May Apply.** Some kinds of information, such as alcohol and substance abuse treatment, HIV-related, mental health, psychotherapy, and genetic information, are considered so sensitive that state or federal laws provide special protections for them. Therefore, some parts of this general Notice of Privacy Practices may not apply to these types of information. If you have questions or concerns about the ways these types of information may be used or disclosed, please speak with your health care provider.

---

**Lake Obstetrics &  
Gynecology, Inc.**

**7508 Auburn Rd. #313  
Concord, OH 44077**

**Phone: 440-352-0688  
Fax: 440-352-3724**

**Health Insurance  
Portability and  
Accountability Act of 1996**

**HIPAA OMNIBUS  
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

**Effective April 14, 2003**

**Revised: March 25, 2013**

**Privacy Officer: Danielle Hall  
Privacy Officer Email:  
dhall@lakeobgyn.net**

**By signing the Acknowledgement form you are only acknowledging that you received, or have been given the opportunity to receive, a copy of our Notice of Privacy Practices.**