



NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Effective: April 14, 2003

Revised Sept 23, 2013

Revised May 21, 2015

Revised May 1, 2017

Revised August 30th, 2018

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.

Cabarrus Health Alliance collects and maintains health information about you and is required by law to protect the privacy of your health information. We are required to provide you with this Notice of Privacy Practice.

You're Rights with Respect to Medical Information About You.

You have the following rights with respect to medical information that we maintain about you.

• **Right to Request Restrictions.**

You have the right to request that we restrict the uses or disclosures of medical information about you. *We are not required to agree to any requested restriction.* The restriction can be terminated by either parties at any time.

• **Right to Receive Confidential Communications.**

You have the right to request that we communicate medical information about you to you in a certain way or at a certain location. Example: You may prefer to have all written information mailed to your work address rather than your home address.

• **Right to Inspect and Obtain Copy.**

With a few very limited exceptions, you have the right to inspect and obtain a copy of medical information about you.

You have the right to request an electronic copy of your protected health information.

• **Right to Amend.**

You have the right to ask us to amend medical information about you. You have this right for so long as the medical information is maintained by us.

If we deny your request, we will inform you of the basis for the denial. You will have the right to submit a statement disagreeing with our denial.

• **Right to an Accounting of Disclosures.**

You have the right to receive an accounting of disclosures of medical information about you. The accounting may be for up to six (6) years prior to the date on which you request the accounting but not before April 14, 2003.

• **Right to be notified of a Breach**

You have the right to be notified in the event that a Breach occurs involving your protected health information.

- **Right to Copy of this Notice.**

You have the right to obtain a paper copy of our Notice of Privacy Practices or you may request an electronic copy. You may obtain a paper copy even though you agreed to receive the notice electronically. You may request a copy of our Notice of Privacy Practices at any time. You may obtain a copy of our Notice of Privacy Practices over the Internet at our web site, www.CabarrusHealth.org To exercise these rights, you must submit your request in writing to: **Privacy Officer, Cabarrus Health Alliance 300 Mooresville Road, Kannapolis, NC 28081.**

How We May Use and Disclose Medical Information About You

We use and disclose medical information about you for a number of different purposes. Each of those purposes is described below.

- **For Treatment.**

We may use medical information about you to provide, coordinate or manage your healthcare and related services by both us and other health care providers. We may disclose medical information about you to doctors, nurses, hospitals and other health facilities who become involved in your care. For example, we may consult with other health care providers concerning you and as part of the consultation, share your medical information with them. Similarly, we may refer you to another health care provider and as part of the referral share medical information about you with that provider.

- **For Payment.**

We may use and disclose medical information about you so we can be paid for the services we provide to you. This can include billing you, your insurance company, or a third party payer, or collection agency. For example, we may need to give your insurance company information about the health care services we provide to you so your insurance company will pay us for those services or reimburse you for amounts you have paid. We also may need to provide your insurance company or a government program, such as Medicare or Medicaid, with information about your medical condition and the health care you need to receive to determine if you are covered by that insurance or program. If you pay for the services that we provide for you and no third-party payers are involved, you have the right to restrict disclosures of protected health information to a health plan for the service that you remitted payment for, if you paid the service in full.

- **For Health Care Operations.**

We may use and disclose medical information about you for our own health care operations. These are necessary for us to operate Cabarrus Health Alliance and to maintain quality health care for our patients. For example, we may use medical information about you to review the services we provide and the performance of our employees in caring for you. We may disclose medical information about you to train our staff, volunteers and students working in Cabarrus Health Alliance. We also may use the information to study ways to more efficiently manage our organization.

- **How We Will Contact You.**

Unless you tell us otherwise in writing, we may contact you by either telephone or by mail at either your home or your workplace. At either location, we may leave messages for you on the answering machine or voice mail.

- **Appointment Reminders.**

We may contact you to remind you of an appointment you have with us.

- **Disaster Relief.**

We may use or disclose medical information about you to a public or private entity authorized by law or by its charter to assist in disaster relief efforts. This will be done to coordinate with those entities in notifying a family member, other relative, close personal friend, or other person identified by you of your location, general condition or death.

- **Individuals Involved in Your Care.**

We may disclose to a family member, other relative, a close personal friend, or any other person identified by you, medical information about you that is directly relevant to that persons involvement with your care or payment related to your care. If

the patient is a minor, we may disclose medical information about the minor to a parent, guardian or other person responsible for the minor except in limited circumstances. We also may use or disclose medical information about you to notify, or assist in notifying, those persons of your location, general condition, or death. You may ask us at any time not to disclose medical information about you to persons involved in your care. We will agree to your request and not disclose the information except in certain circumstances (such as emergencies) or if the patient is a minor. If the patient is a minor, we may or may not be able to agree with your request. If there is a family member, other relative, or close personal friend that you do not want us to disclose medical information about you to, please notify **Privacy Officer, 300 Mooresville Road, Kannapolis, NC 28081** or tell our staff member who is providing care to you.

- **Required by Law.**

We may use or disclose medical information about you when we are required to do so by law. **In special circumstances we may be permitted or required to disclose your information for:** Public Health Activities; Victims of Abuse, Neglect or Domestic Violence; Health Oversight Activities; Judicial and Administrative Proceedings; Disclosures for Law Enforcement Purposes; Coroners and Medical Examiners; Funeral Directors; Organ, Eye or Tissue Donation; Research; To Avert Serious Threat to Health or Safety to you or others; Military and veterans activities; National security and intelligence activities; Protective service for the president and others; Correctional institutions and other law enforcement custodial situations; Workers compensation or other similar programs; and to the government to demonstrate our compliance with the Privacy Rule.

Other Uses and Disclosures

- **Genetic Information Non-Discrimination Act (GINA)** Health plans that are HIPAA covered entities, except long term care policies, are prohibited from using or disclosing an individual's protected health information that is genetic information for underwriting purposes.
- We may ask you to participate in Marketing. This would require a signed authorization by you to participate.
- You may be asked to participate in research opportunities, if so, we would obtain a signed informed consent by you consenting to be involved in the research.
- A signed authorization by you is required if you request for us to disclose your psychotherapy records if applicable.
- **Marketing:** CHA will not sell your PHI without your express written authorization. CHA will not use and/or disclose your PHI for which the rule expressly states that written authorization of the individual takes place first.
- Other uses and disclosures will be made only with your written authorization. You may revoke such an authorization at any time by notifying Cabarrus **Health Alliance, 300 Mooresville Road, Kannapolis, NC 28081 Attn: Privacy Officer** in writing of your desire to revoke it. However, if you revoke such an authorization, it will not have any effect on actions taken by us in reliance on it.

Health Information Exchanges

We provide your health care information to a health information exchange (HIE) in which we participate. A HIE is a health information database where other health care providers caring for you can access your medical information from wherever they are if they are members of the HIE. These providers may include your doctors, nursing facilities, home health agencies or other providers who care for you outside of our hospitals or our practices. For example, you may be traveling and have an accident in another area of the state. If the doctor treating you is a member of the HIE in which we participate, s/he can access the information about you that other providers have contributed. Accessing this additional information can help your doctor provide you with well-informed care quickly because s/he will have learned about your medical history or allergies or prescriptions from the HIE. If you do not want your medical information to be contributed to the HIE's and shared with these member healthcare providers, you can opt out by visiting the following sites: <https://hiea.nc.gov/patients/your-choices> (NC HealthConnex HIE) and www.CareConnectCarolinas.com, then follow their instructions on how to submit an opt out form. Note that if you opt out, your providers may not have the most recent information about you which may affect your care. You can always opt in at a later date by visiting www.CareConnectCarolinas.com or <https://hiea.nc.gov/patients/your-choices>.

If you are under the age of 18, please note the NC HIEA will not process your Opt Out unless your parent or legal guardian has signed your Opt Out Form, or you have been emancipated. If you are a minor and you receive treatment for (i) venereal disease and other reportable diseases, (ii) pregnancy, (iii) abuse of controlled substances or alcohol, and (iv) emotional disturbance, the NC HIEA is permitting providers to not submit data pertaining to those treatments to NC HealthConnex. Please speak with your health care provider to see if you are able to request that this information not be disclosed to NC HealthConnex. See N.C.G.S. 90-21.5 (Minor's consent sufficient for certain medical health services) and 45 C.F.R. §164.502 of HIPAA. It is important to note that providers themselves are required to not disclose this information to a parent or legal guardian unless medically necessary.

Our Duties



- **Generally, We are required by law to maintain the privacy of medical information about you and to** provide you with this notice of our legal duties and privacy practices with respect to medical information. We are required to abide by the terms of our Notice of Privacy Practices in effect at the time.
- **Our Right to Change Notice of Privacy Practices.**
We reserve the right to change this Notice of Privacy Practices. We reserve the right to make the new notices provisions effective for all medical information that we maintain, including that created or received by us prior to the effective date of the new notice.
- **Availability of Notice of Privacy Practices.**
A copy of our current Notice of Privacy Practices will be posted in lobby areas. A copy of the current notice also will be posted on our web site, www.CabarrusHealth.org. At any time, you may obtain a copy of the current Notice of Privacy Practices by contacting Privacy Officer, Cabarrus Health Alliance, **300 Mooresville Road, Kannapolis, NC 28081.**
- **Complaints.**
You may complain to us and to the United States Secretary of Health and Human Services if you believe your privacy rights have been violated. All complaints should be submitted in writing. To file a complaint with us, contact **Privacy Officer, Cabarrus Health Alliance, 300 Mooresville Road, Kannapolis, NC 28081.** To file a complaint with the federal government: **Region IV Office for Civil Rights, US Dept of Health and Human Services, Atlanta Federal Center, Suite 3B70, 61 Forsyth St. SW, Atlanta, GA 30303-8909.** You will not be retaliated against for filing a complaint.
- **Questions and Information.**
If you have any questions or want more information concerning this Notice of Privacy Practices, please contact Privacy Officer, Cabarrus Health Alliance, 300 Mooresville Road, Kannapolis, NC 28081 Ph:704-920-1000 .



AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Vigente: abril 14, 2003

Revisado: Septiembre 23, 2013

Resvisado: May 21, 2015

Resvisado: May 1, 2017

Revised August 30th, 2018

ESTE AVISO DESCRIBE COMO INFORMACIÓN MEDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.

La Alianza de Salud reúne y mantiene información médica acerca de usted y se exige por ley que protejamos la privacidad de su información médica. Nosotros estamos obligados a brindarle este aviso de practicas de privacidad.

Sus derechos con respecto a información médica acerca de usted.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a información médica que nosotros mantenemos acerca de usted.

- **Derecho a solicitar restricciones.** Usted tiene el derecho a solicitar que nosotros limitemos los usos y divulgación de información médica acerca de usted. *Nosotros no estamos obligados a estar de acuerdo con alguna de las restricciones solicitadas.* Aunque nosotros estemos de acuerdo con una restricción, ya sea usted o nosotros podemos terminar la restricción.
- **Derecho de recibir comunicación confidencial.** Usted tiene el derecho de solicitar que le comuniquemos información médica acerca de Usted, a usted de cierta manera o en cierta localización. Por ejemplo: usted tal vez prefiera que le envíen toda la información escrita a la dirección de su trabajo en vez de la dirección de su casa.
- **Derecho a inspeccionar y obtener una copia.** Con excepciones muy limitadas, usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de información médica acerca de usted. Usted tiene el derecho a pedir una copia electrónica de su información de salud protegida.
- **Derecho a enmendar.** Usted tiene el derecho a pedirnos que enmendemos información médica acerca de usted. Usted tiene ese derecho mientras esa información sea guardada por nosotros. Si negamos su solicitud, le informaremos en que se basó esta negación. Usted tendrá el derecho de someter una declaración de desacuerdo con nuestra negación.
- **Derecho a una contabilidad de las divulgaciones.** Usted tiene el derecho a recibir una contabilidad de las divulgaciones de información médica acerca de usted. La contabilidad puede ser de hasta seis (6) años anteriores a la fecha en que usted solicite la contabilidad pero no antes del 14 de abril del 2003.
- **Derecho a ser notificado de una violación.** Usted tiene el derecho a ser notificado en el evento de que ocurra una violación involucrando su información de salud protegida.
- **Derecho a una copia de este aviso.** Usted tiene el derecho de obtener una copia de papel de nuestro Aviso de procedimientos de Privacidad o puede pedir una copia electrónica. Usted puede obtener una copia de papel aunque haya acordado recibir una copia electrónica. Usted puede solicitar una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Usted puede obtener una copia de nuestro Aviso de procedimientos de privacidad en nuestra página de Internet, www.CabarrusHealth.org

- Para ejercer estos derechos, debe de someter su pedido por escrito a: **Privacy Officer, Cabarrus Health Alliance, 300 Mooresville Road, Kannapolis, NC 28081.**

Cómo podemos nosotros usar y divulgar su información médica

Nosotros usamos y divulgamos su información médica sobre usted con diferentes propósitos. Cada uno de esos propósitos son descritos abajo:

- **Para tratamiento.**

Nosotros podemos usar información médica suya para proveer, coordinar o manejar sus cuidados médicos y servicios relacionados, ya sea por nosotros u otro proveedor de cuidados de salud. Nosotros podemos divulgar información médica suya con sus doctores, enfermeras, hospitales y otras instalaciones de salud que estén involucrados en su cuidado. Por ejemplo, podríamos consultar concerniente a usted con algunos otros proveedores del cuidado de salud y como parte de la consulta compartir su información médica con ellos. Igualmente, podríamos referirle a otro proveedor de cuidados de salud y como parte de la remisión compartir información médica sobre usted con ese proveedor.

- **Para pagos.**

Podríamos usar y divulgar información médica acerca de usted para que se nos pueda pagar rápidamente por los servicios que le brindamos. Esto incluye cobrarle a usted, a su compañía de seguro o a un tercer pagador. Por ejemplo, si necesitamos darle a su compañía de seguro información acerca de los servicios de cuidados de salud que le hemos brindado para que su compañía de seguro nos pague por esos servicios o reembolsarle a usted la cantidad que haya pagado. Podríamos también tener que proveerles a su compañía de seguro médico o programa del gobierno, tales como Medicare o Medicaid, información acerca de su condición médica y el cuidado de salud que usted necesita recibir para poder determinar si usted está cubierto por ese seguro médico o programa. Si usted paga por los servicios que le brindamos y no hay ninguna tercera persona involucrada, usted tiene el derecho a restringir la divulgación de la información de salud protegida a un plan de seguro por el servicio por el cual pago, si usted paga por completo.

- **Para el manejo del cuidado de salud.**

Podríamos usar y divulgar información médica acerca de usted para su propio manejo de cuidado de salud. Estos son necesarios para que nosotros podamos operar la Alianza de Salud de Cabarrus y mantener un cuidado de salud de calidad para nuestros pacientes. Por ejemplo, podríamos usar información médica suya para revisar los servicios que proveemos y el desempeño de nuestro personal al cuidar de usted. Puede ser que divulguemos información médica acerca de usted para entrenar a nuestro personal, voluntarios y estudiantes trabajando para la Alianza de Salud de Cabarrus. También podemos utilizar la información para estudiar maneras de administrar nuestra organización más eficientemente.

- **Como nos pondremos en contacto con usted.**

A menos que usted nos avise lo contrario por escrito, nosotros podemos ponernos en contacto con usted ya sea por teléfono o por correo en su casa o lugar de trabajo. En cualquiera de los lugares, nosotros le dejaremos mensaje en la máquina contestadora o el buzón telefónico.

- **Recordatorio de citas.**

Podríamos comunicarnos con usted para recordarle de alguna cita que tenga con nosotros.

- **Personas involucradas en su cuidado.**

Podríamos divulgarle a un miembro de la familia, otro pariente, un amigo personal cercano o cualquier otra persona identificada por usted, información médica acerca de usted que sea directamente pertinente a la participación de ésta persona en su cuidado o pagos relacionados con sus cuidados. También podríamos usar y divulgar información médica acerca de usted para notificar, o asistir en notificar, de su localización, condición general o muerte. Si hay algún miembro de la familia, otro pariente o amigo personal cercano al cual usted no quisiera que se le divulgara alguna información médica acerca de usted, por favor notifique a: **Privacy Officer, 300 Mooresville Road, Kannapolis, NC 28081 o avísele al miembro personal que le esté brindando cuidado**

- **Ayuda en un desastre.**

Podríamos usar o divulgar información médica acerca de usted a una entidad pública o privada autorizada por ley o por sus estatutos a asistir en esfuerzos de ayuda en caso de un desastre. Esto será hecho para coordinar con estas entidades a notificar a un miembro de su familia, otro pariente, un amigo personal cercano o alguna otra persona identificada por usted de su localización, condición general o muerte.

- **Requerido por ley.**

Podríamos usar o divulgar información médica acerca de usted cuando sea exigido por la ley. **En circunstancias especiales se nos puede permitir o se nos puede exigir divulgar su información para:** Actividades de salud pública. Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica. Supervisión de actividades de salud. Procesos judiciales y administrativos. Divulgación para propósitos de ejecución de la ley. Médicos forenses y investigadores. Directores fúnebres. Donación de órganos, ojos o tejidos. Investigación. Para prevenir amenazas serias hacia la salud o seguridad. Militar. Inteligencia y seguridad nacional. Servicios de protección para el Presidente. Permisos/pases de seguridad. Presidarios: Personas bajo arresto. Indemnización del trabajador.

Otros usos y divulgaciones

- La Legislación de no discriminación de información genética (GINA) Los planes de salud que son entidades cubiertas por HIPAA, excepto póliza de cuidados a largo plazo, están prohibidos de usar o divulgar la información de salud protegida de los individuos que sea información genética para propósitos de suscribir.
- Le podríamos pedir que participe en mercadeo. Esto requiere una autorización firmada por usted para poder participar.
- Se le puede pedir que participe en oportunidades de investigación, si es así, obtendríamos un consentimiento informado de parte suya dando consentimiento a participar en la investigación.
- Una autorización firmada por usted se requiere si usted pide que nosotros divulguemos su expediente de psicoterapia si es pertinente.
- MERCADEO: CHA no venderá su PHI sin su expreso consentimiento por escrito. CHA no usará y/o divulgará su PHI para la cual la regla declare expresamente que se necesita una autorización por escrito del individuo toma efecto primero.
- Otros usos y divulgaciones se harán solamente con su autorización por escrito. Usted puede revocar esa autorización en cualquier momento notificando a: **Cabarrus Health Alliance, 300 Mooresville Road, NC 28081 Attn: Privacy Officer** por escrito de su deseo de revocarlo. Sin embargo, si usted revoca tal autorización, no tendrá algún efecto en acciones tomadas por nosotros en confianza a ella.

Podemos proporcionar su información de salud a un programa de intercambio de información de salud (HIE, por sus siglas en inglés) en el cual participamos. HIE es una base de datos de historial médico en la que otros proveedores de cuidado de la salud que le atienden pueden tener acceso a su información médica desde donde se

encuentren, suponiendo que sean miembros de HIE. Entre estos proveedores se pueden incluir sus médicos, centros de enfermería, agencias de cuidado en el hogar u otros que le proporcionan cuidado por fuera de nuestros hospitales o consultorios. Por ejemplo, usted puede estar de viaje y tener un accidente en otra área del estado. Si el médico que le está tratando es miembro de un HIE en el cual participamos, él/ella puede tener acceso a su información a la que otros proveedores han contribuido. Tener acceso a esa información adicional puede ayudar a su médico a proporcionarle rápidamente cuidado informado porque él/ella obtendrá de HIE bastante conocimiento de su historia médica, alergias o recetas. Si no desea que su información médica forme parte de HIE's y sea compartida con estos miembros proveedores de cuidado de la salud, puede optar por no participar visitando los siguientes sitios: <https://hiea.nc.gov/patients/your-choices> (NC HealthConnex HIE) y www.CareConnectCarolinas.com. Luego siga las instrucciones de como someter una solicitud de exclusión voluntaria. Tenga en cuenta que si opta por no participar, sus proveedores no tendrán la información más reciente sobre usted lo cual puede afectar su cuidado. Si decide volver a participar después, visite www.CareConnectCarolinas.com y <https://hiea.nc.gov/patients/yourchoices>.

Si usted es menor de 18 años, por favor tome nota que la NC HIEA no procesará su opción de salida al menos que su padre o tutor legal haya firmado su opción de salida, o hasta que usted haya sido emancipado. Si usted es un menor y usted recibe tratamiento para (i) enfermedad venérea u otras enfermedades reportadas, (ii) embarazo, (iii) abuso de sustancias controladas o alcohol, y (iv) trastorno emocional, el NC HIEA está permitiendo a los proveedores no remitir datos referentes a los tratamientos en NC HealthConnex. Por Favor hable con su proveedor de salud para ver si usted es capaz de solicitar que esta información no sea revelada en NC HealthConnex. Vea N.C.G.S. 90-21.5 (Consentimiento de un menor suficiente para ciertos servicios médicos) y 145 C.F.R. §164.502 de HIPAA. Es importante notar que los proveedores mismos deben no revelar esta información a un padre o tutor legal al menos que sea médicamente necesario

Nuestros Deberes

- **Generalmente.** Nosotros estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información médica acerca de usted y a proveerle el aviso de nuestras obligaciones y practicas de privacidad con respecto a su información médica a todas las personas. Estamos requeridos a cumplir con los términos de nuestro Aviso de practicas de privacidad en efecto en estos momentos.
- **Nuestro derecho a cambiar el Aviso de procedimientos de privacidad.** Nos reservamos el derecho a cambiar este Aviso de procedimientos de privacidad. Nosotros reservamos el derecho a hacer las nuevas estipulaciones efectivas para toda información médica que nosotros mantenemos, incluyendo la creada o recibida por nosotros antes de la fecha vigente del nuevo aviso.
- **Disponibilidad del Aviso de procedimientos de privacidad.** Una copia actualizada de nuestro Aviso de practicas de privacidad será puesta en nuestras salas de espera. Una copia actualizada del Aviso de procedimientos de privacidad también será puesta en nuestra página de Internet www.CabarrusHealth.org. En cualquier momento, usted puede obtener una copia actualizada del Aviso de practicas de privacidad comunicandose con Privacy Officer, Cabarrus Health Alliance, 300 Mooresville Road, Kannapolis, NC 28081
- **Quejas.** Usted puede quejarse con nosotros o **con** el Secretario de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos si usted piensa que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros. Para presentar una queja con nosotros, comuníquese con **Privacy Officer, Cabarrus Health Alliance, 300 Mooresville Road, Kannapolis, NC 28081**. Para presentar una queja con el gobierno federal: **Region IV Office for Civil Rights, US Dept of Health and Human Services, Atlanta Federal Center, Suite 3B70, 61 Forsyth St., SW, Atlanta, GA 30303-8909**. Todas las quejas deben de ser sometidas por escrito. No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.

- **Preguntas e información.** Si usted tiene alguna pregunta o quiere más información referente a este Aviso de procedimientos de privacidad, por favor comuníquese con: **Privacy Officer, Cabarrus, Health Alliance, 300 Mooresville Road, Kannapolis, NC 28081, Telf. 704-920-1000.**