

## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES (HIPAA)

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

Notice Effective Date: January 1, 2019

One Homecare Solutions, which includes One At Home, ("ONE" for the purposes of this Notice) is providing this Notice of Privacy Practices because the privacy of your health information is very important to you and to us. We are also required by federal regulations to maintain the privacy of your health information. By "your health information" we mean the information that we maintain about you and that specifically identifies you and your health status.

**Your Rights: You have the right to:** Get a copy of your paper or electronic medical record; correct your paper or electronic medical record; request confidential communication; ask us to limit the information we share; get a list of those with whom we've shared your information; get a copy of this privacy notice; choose someone to act for you and File a complaint if you believe your privacy rights have been violated.

**Your Choices: You have some choices in the way that we use and share information in the way that we:** Tell family and friends about your condition; provide disaster relief, Include you in a hospital directory; provide mental health care; market our services and sell your information and raise funds.

**Our Uses and Disclosures: We may use and share your information when we:** Treat you; run our organization; bill for your services; help with public health and safety issues; comply with the law; respond to organ and tissue donation requests; work with a medical examiner or funeral director; address workers' compensation, law enforcement, and other government requests and respond to lawsuits and legal actions.

**Your Rights:** When it comes to your health information, you have certain rights. This section explains your rights and some of our responsibilities to help you. You may:

- **Get an electronic or paper copy of your medical record:** You may ask to see or get an electronic or paper copy of your medical record and other health information we have about you. Ask us how to do this. We will provide a copy or a summary of your health information free of charge and usually within 4 business days of your request.

- **Ask us to correct your medical record:** You may ask us to correct health information about you that you think is incorrect or incomplete. Ask us how to do this. We may say "no" to your request, but we'll tell you why in writing within 60 days.

- **Request confidential communications:** You may ask us to contact you in a specific way (for example, on your home or office phone) or to send mail to a different address. We will say "yes" to all reasonable requests.

- **Ask us to limit what we use or share:** You may ask us not to use or share certain health information for treatment, payment, or our operations. We are not required to agree to your request, and we may say "no" if it would affect your care. If you pay for a service or

## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES (HIPAA) (continuation)

health care item out-of-pocket in full, you may ask us not to share that information with your health insurer.

- **Get a list of those with whom we've shared information:** You may ask for a list (accounting) of the times we've shared your health information for six years prior to the date you ask, who we shared it with, and why. We will include all the disclosures except for those about treatment, payment, and health care operations, and certain other disclosures (such as any you asked us to make). We'll provide one accounting a year for free but will charge a reasonable, cost-based fee if you ask for another one within 12 months.

- **Get a copy of this privacy notice:** You may ask for a paper copy of this notice at any time, even if you have agreed to receive the notice electronically. We will provide you with a paper copy promptly.

- **Choose someone to act for you:** If you have a healthcare proxy, have given someone medical power of attorney or if someone is your or legal guardian, that person may exercise your rights and make choices about your health information. We will make sure the person has this authority before we take any action.

- **File a complaint if you feel your rights are violated:** You may complain by contacting us if you feel we have violated your rights. You may file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, calling 1-877-696-6775, or visiting [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints). **We will not retaliate against you for filing a complaint.**

**Your Choices: For certain health information, you may tell us your choices about what we share.** If you have a clear preference for how we share your information in the situations described below, talk to us. Tell us what you want us to do, and we will follow your instructions. In these cases, you have the right to choose how we should: Share information with your family, close friends, or others involved in your care; share information in a disaster relief situation or include your information in an Agency directory. *If you are not able to tell us your preference, for example if you are unconscious, we may go ahead and share your information if we believe it is in your best interest. We may also share your information when needed to lessen a serious and imminent threat to health or safety.* In these cases, we never share your information unless you give us written permission for: Marketing purposes or for the sale of your information. In the case of fundraising: We may contact you for fundraising efforts, but you may tell us not to contact you again.

**Our Uses and Disclosures: How do we typically use or share your health information?** We typically use or share your health information to:

**Treat you:** We may use your health information and share it with other professionals who are treating you.

*Example: A doctor treating you for an injury asks another doctor about your overall health condition.*

## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES (HIPAA) (continuation)

**Run our organization:** We may use and share your health information to run our practice, improve your care, and contact you when necessary.

*Example: We use health information about you to manage your treatment and services.*

**Bill for your services:** We may use and share your health information to bill and get payment from health plans or other entities.

*Example: We give information about you to your health insurance plan so it will pay for your services.*

**How else may we use or share your health information:** We are allowed or required to share your information in other ways – usually in ways that contribute to the public good, such as public health. We have to meet many conditions in the law before we may share your information for these purposes.

For more information see:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

**Help with public health and safety issues:** We may share health information about you for certain situations such as: Preventing disease; helping with product recalls; reporting adverse reactions to medications; reporting suspected abuse, neglect, or domestic violence, and preventing or reducing a serious threat to anyone's health or safety.

**Comply with the law:** We will share information about you if state or federal laws require it, including with the Department of Health and Human Services if it wants to see that we're complying with federal privacy law.

**Respond to organ and tissue donation requests:** We may share health information about you with organ procurement organizations.

**Work with a medical examiner or funeral director:** We may share health information with a coroner, medical examiner, or funeral director.

**Address workers' compensation, law enforcement, and other government requests:** We may use or share health information about you: For workers' compensation claims; for law enforcement purposes or with a law enforcement official, With health oversight agencies for activities authorized by law and for special government functions such as military, national security, and presidential protective services.

**Respond to lawsuits and legal actions:** We may share health information about you in response to a court or administrative order, or in response to a subpoena.

**Our Responsibilities:** We are required by law to maintain the privacy and security of your protected health information. We will let you know promptly if a breach occurs that may have compromised the privacy or security of your information. We must follow the duties and privacy practices described in this notice and give you a copy of it. We will not use or share your information other than as described here unless you tell us we may in writing. If you tell us we may, you may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind.

## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES (HIPAA) (continuation)

For more information see:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)

**Changes to the Terms of this Notice:** We may change the terms of this notice, and the changes will apply to all information we have about you. The new notice will be available upon request and on our web site.

Notice Effective Date: January 1, 2019

# NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA)

**EN ESTE DOCUMENTO SE EXPLICA LA MANERA EN QUE SE PUEDE USAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED. ADEMÁS, LA FORMA EN QUE USTED PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CON CUIDADO.**

Fecha efectiva: 1 de enero de 2019

One Homecare Solutions, que incluye One At Home, ("ONE" para los fines de esta notificación) proporciona esta Notificación de prácticas de privacidad porque la privacidad de su información médica es muy importante para usted y para nosotros. La reglamentación federal también nos exige que mantengamos dicha privacidad de sus datos médicos. Por "sus datos médicos" nos referimos a la información que mantenemos sobre usted y que lo identifica específicamente a usted y a su estado de salud.

**Sus derechos. Usted tiene derecho a:** Obtener una copia impresa o electrónica de su documento o registro médico; corregir su documento o expediente médico electrónico o impreso; solicitar comunicación confidencial; pedirnos que limitemos la información que compartimos; obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido su información, obtener una copia de esta Notificación de privacidad; elegir a alguien que actúe en su nombre; o presentar una queja si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados.

**Sus opciones: Usted cuenta con algunas opciones sobre la forma en que usamos y compartimos la información cuando se trata de lo siguiente:** Informar a su familia y amigos sobre su condición; mitigar catástrofes, incluirle en un directorio de hospital; proporcionar servicios de salud mental; comercializar nuestros servicios y vender su información y recaudar fondos.

**Nuestros usos y divulgaciones: Podemos utilizar y compartir su información cuando nosotros:** le demos tratamiento; administremos nuestra organización; facturemos por los servicios prestados; colaboremos con asuntos de salud pública y seguridad; investiguemos y cumplamos con la ley; respondamos a solicitudes de donación de órganos y tejidos; trabajemos con el médico forense o el director de una funeraria; atendamos el tema de indemnización laboral, y de otras solicitudes del gobierno, así como cuando demos respuestas a demandas y acciones judiciales.

**Sus derechos:** Cuando se trate de sus datos médicos, usted tiene ciertos derechos. En esta sección se le explica sobre sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle a:

- **Obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico:** Usted puede obtener copia electrónica o impresa de su historial clínico y alguna otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos como hacerlo. Le entregaremos una copia o resumen de su información de salud, y por lo general será dentro de un plazo de 4 días laborales después de efectuar su solicitud, sin costo para usted.
- **Solicitar nos corregir su expediente médico:** Usted puede pedir que corrijamos la información médica que usted cree que está incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo. Podemos responder "no" a su solicitud, pero le informaremos la razón por escrito dentro de 60 días.

## NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA) (continuación)

- **Solicitar comunicaciones confidenciales:** Usted puede solicitar que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, comunicaciones al teléfono de su casa o de la oficina) o bien, enviando una carta a una dirección diferente. Nosotros le diremos “sí” a toda solicitud razonable.
- **Solicitar que limitemos lo que usamos o compartimos:** Puede pedirnos que no utilicemos o compartamos cierta información de salud para fines de tratamiento, pagos o sobre nuestras operaciones comerciales. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podríamos decir “no” si ello afectara su atención de salud. Si usted paga por un servicio o artículo médico de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos no compartir esa información sobre pagos o acerca de nuestras operaciones con su empresa aseguradora.
- **Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido la información:** Usted puede solicitar una lista (detallada de su cuenta) de las veces que hemos compartido su información de salud hasta por seis años antes de la fecha en que usted lo solicitó, con quién y por qué lo hicimos. Incluiremos todas las declaraciones con excepción de aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y algunas otras declaraciones (que usted nos pidió hacer). Le podemos ofrecer un listado detallado de su cuenta de forma gratuita, pero se le cobrará una tarifa razonable en caso de que pida otra lista dentro de un plazo de 12 meses.
- **Obtener una copia de esta Notificación de privacidad:** Usted puede solicitar una copia impresa de esta Notificación en cualquier momento. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad.
- **Elegir a alguien que actúe en su nombre:** Si usted tiene una persona que cuida de su salud o le ha otorgado a alguien un poder médico; o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tenga la autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.
- **Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos:** Usted puede presentar una queja ante nosotros si siente que se han violado sus derechos. Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llamando al 1-877-696-6775, o visitando el sitio [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints). **No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.**

**Sus opciones:** Para obtener cierta información de salud, usted puede decirnos sus opciones acerca de lo que podemos compartir. Si tiene una preferencia clara sobre la forma en que compartimos la información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que desea que hagamos, y vamos a seguir sus instrucciones. En estos casos usted tiene el derecho y la opción para elegir la manera en que nosotros hagamos lo siguiente: Compartir información con su familia, amigos cercanos, u otras personas involucradas en su cuidado. Compartir información en situación de socorro por mitigación de una catástrofe o incluir sus datos en un hospital/ directorio de Agencia. *Si usted no está capacitado para decirnos sus preferencias, por*

## NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA) (continuación)

*ejemplo, si pierde el conocimiento, podemos avanzar y compartir su información si creemos que esto es en pro de sus intereses. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave inminente a la salud o la seguridad. En estos casos nunca compartiremos su información a no ser que usted nos conceda un permiso por escrito para fines de mercadeo o venta de sus datos. Podemos comunicarnos con usted para recaudar fondos, pero usted puede decirnos que no le contactemos de nuevo.*

### **Nuestros usos y divulgaciones: por lo general, ¿de qué manera usamos y compartimos su información de salud?**

En general, lo hacemos de la siguiente manera:

**Para darle tratamiento:** Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le atienden.

*Ejemplo: Un médico que lo trate por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.*

**Administrar nuestra organización:** Podemos usar, compartir su información de salud para llevar a cabo funciones de trabajo, mejorar su atención de salud y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario. *Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y los servicios que se le proporcionen.*

**Facturar servicios:** Podemos usar, compartir su información de salud para facturar y cobrar a los planes de salud o a otras entidades.

### **¿De qué manera adicional podemos utilizar y compartir su información de salud?**

Se nos permite o exige compartir a su información por otros medios - por lo general de manera tal que contribuya al bien público, como la salud pública o para fines de investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones de la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines.

Para obtener más información consulte:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

**Ayudar con problemas de salud pública y seguridad:** Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones, como: Prevención de enfermedades, ayudando en el retiro de productos defectuosos, reportar reacciones adversas a medicamentos; reportar sospecha de abuso, negligencia, o violencia doméstica, prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o a la seguridad de otra persona.

**Cumplir con la ley:** Compartiremos información sobre usted si el estado o las leyes federales lo requieren, incluyendo al Departamento de Salud y Servicios Humanos si desean ver si estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

**Responder a la donación de órganos/tejidos:** Podemos compartir información sobre su salud con organizaciones de adquisición de órganos.

**Colaborar con un médico forense o director de la funeraria:** Podemos compartir información de salud con un médico forense o con el director de una funeraria.

## NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA) (continuación)

**Atender solicitudes de indemnización de trabajadores, cumplimiento de leyes y otras solicitudes del gobierno:** Podemos usar o compartir información de salud sobre usted: Para fines de reclamaciones de indemnización de trabajadores, para a efectos de aplicación de la ley o con un agente de la ley, o con los organismos de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley, para funciones especiales del gobierno como la seguridad nacional militar y los servicios de protección presidencial.

**Responder a las demandas judiciales y acciones legales:** Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

**Nuestra responsabilidades:** Estamos obligados por la ley a mantener la privacidad y la seguridad de su información de salud. Nosotros le comunicaremos lo antes posible si se produce un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad/seguridad de sus datos. Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y se le dará una copia de la misma. No utilizaremos ni compartiremos su información descrita aquí a menos que nos indique por escrito que lo podemos hacer. Si nos autoriza, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Avísenos por escrito si usted cambia de opinión.

Para obtener más información consultar:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/notiecepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/notiecepp.html)

**Cambios en las condiciones de este Notificación:** Podemos cambiar las condiciones de esta Notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva versión de la Notificación estará disponible tanto a petición como en nuestro sitio web.

Fecha efectiva: 1 de enero de 2019