

LAKE COUNTY HEALTH DEPARTMENT and COMMUNITY HEALTH CENTER
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

EFFECTIVE DATE: September 23, 2013

**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**

WHO WILL FOLLOW THIS NOTICE

This notice describes Lake County Health Department/Community Health Center's practices and that of:

- Any health care professional authorized to enter information into your health information record
- All service areas and units
- Any member of a volunteer group we allow to work in our facilities
- All employees, staff and other personnel

OUR PLEDGE REGARDING PROTECTED HEALTH INFORMATION

We understand that medical information about you and your health is personal and confidential. We are committed to protecting this information. We create a record of the care and services you receive for every visit. We need this record to provide quality care and to comply with legal requirements. All health records created by Lake County Community Health Department/ Community Health Center are subject to these regulations. Business Associates are expected to follow all applicable state and federal statutes with regards to protected health information and are expected to protect the privacy of the protected health information they receive, create, or use in conjunction with, or obtain from, LCHD/CHC.

This notice will inform you about the ways in which we may use and disclose protected health information about you. We also describe your rights and certain obligations we have regarding the use and disclosure of your information.

You may consult our Privacy Officer to ensure that our Notice of Privacy Practices accurately reflects our privacy practices and those of any organized health care arrangements. We must check applicable state privacy law to determine if it provides greater privacy protections or rights than federal law. If so, our Notice must reflect those greater protections or rights. Our Privacy Officer must approve each Notice of Privacy Practices, including any joint Notice we may use for an organized health care arrangement to ensure that the Notice sufficiently complies with applicable federal and state laws before we may distribute the Notice.

The Notice must be distributed to each individual no later than the date of our first service delivery after the compliance date (September 23, 2013) for the federal Privacy Rules established by the Department of Health and Human Services. Provider must also have the Notice available at the service delivery site for individuals to request to take with them. At all physical service delivery sites, the Notice must be posted in a clear and prominent location where it is reasonable to expect any individuals seeking service from Provider to be able to read the Notice. Whenever the Notice is revised, make the Notice available upon request on or after the effective date of the revision in a manner consistent with the above instructions. Thereafter, the Notice must be distributed to each new client/patient at the time of service delivery and to any person requesting a Notice.

OUR LEGAL DUTY

We are required by applicable federal and state law to maintain the privacy of your medical information. We are also required to give you this notice about our privacy practices, our legal duties, and your rights concerning your medical information. We must follow the privacy practices that are described in this notice while it is in effect. This notice takes effect September 23, 2013, and will remain in effect until we replace it. We reserve the right to change our privacy practices and the terms of this notice at any time,

provided such changes are permitted by applicable law. We reserve the right to make the changes in our privacy practices and the new terms of our notice effective for all medical information that we maintain, including medical information we created or received before we made the changes. Before we make a significant change in our privacy practices, we will change this notice and make the new notice available upon request.

You may request a copy of our notice at any time. For more information about our privacy practices, or for additional copies of this notice, please contact us using the information listed at the end of this notice.

HOW WE MAY USE AND DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION

The following categories describe different ways that we use and disclose protected health information. Not every use or disclosure in a category will be listed, and in some circumstances the disclosure of medical records, such as mental health and chemical dependency treatment records, may be further restricted by state or federal law. However, all of the ways we are permitted to use and disclose information will fall within one of the categories:

- Treatment--We use protected health information about you to provide, coordinate or manage your medical treatment or services. For example, we may disclose protected health information about you to doctors, nurses, technicians, medical students, or other Health Department personnel who are involved in providing your care.
- Payment--We may use and disclose protected health information about you so that the treatment and services you receive may be billed to and payment collected from you, an insurance company or a third party. For example, we will use your health information to notify your insurance carrier about your visit so that the health plan will pay us.
- Health Care Operations--We may use and disclose protected health information about you for facility operations. These uses and disclosures are necessary to provide quality care. For example, we may use protected health information to review our treatment and services and to evaluate the performance of our staff.
- Appointment Reminders--We may use and disclose protected health information to contact you as a reminder that you have an appointment for treatment or medical care.
- Individuals Involved in your Care or Payment for Your Care--With your permission we will discuss your treatment with any individual you indicate.
- Research--Under certain circumstances we may use and disclose protected health information about you for research purposes. All research projects however are subject to a special approval process.
- As Required by Law--We will disclose protected health information about you when required to do so by federal, state or local laws and statutes.
- To Avert a Serious Threat to Health or Safety--We may use and disclose protected health information about you when necessary to prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of the public or another person as authorized by applicable federal or state law.

SPECIAL SITUATIONS

- Workers' Compensation--We may release protected health information about you for workers' compensation or similar programs. These programs provide benefits for work-related injuries or illness.
- Public Health Risks--We may disclose protected health information about you for public health activities as authorized by applicable federal or state law.
- Health Oversight Activities--We may disclose protected health information to a health oversight agency for activities authorized by law. These oversight activities include, for example, audits, investigations, inspections and licensure. These activities are necessary to monitor the health care system, government programs and compliance with civil rights laws.
- Lawsuits and Disputes --If you are involved in a lawsuit or a dispute, we may disclose protected health information about you in response to a court or administrative order. We may also disclose protected health information about you in response to subpoenas, discovery request or other lawful process.
- Law Enforcement --We may release protected health information if asked to do so by a law enforcement official under the following circumstances:
 - In response to a court order, subpoena, warrant, summons or similar process
 - To identify or locate a suspect, fugitive, material witness or missing person
 - About the victim of a crime if, under certain limited circumstances, we are unable to obtain the person's agreement.
 - About a death we believe may be the result of criminal conduct
 - In emergency circumstances to report a suspected criminal activity, the location of the suspected criminal act or victims or the identity, description or location of the person who is suspected of engaging in criminal activity.
 - As required by law
 - About crimes that occur on our premises
 - To prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of the public or another person
- Coroners and Medical Examiners --We may release protected health information to a coroner or medical examiner in response to an authorized request.
- National Security and Intelligence Activities--We may release protected health information about you to authorized federal officials for intelligence, counterintelligence and other national security activities authorized by law.
- Inmates--If you are an inmate of a correctional institution or under the custody of a law enforcement official, we may release protected health information to the correctional institution or law enforcement official. This release would be necessary (1) for the institution to provide you with health care; (2) to protect your health and safety or the health and safety of others; or (3) for the safety and security of the correctional institution.

Other permitted and required disclosures will only be made with your consent, authorization, or opportunity to object unless required by law. Without your authorization, we are expressly prohibited to use or disclose your protected health information for marketing purposes. We may not sell your protected

health information without your authorization. We may not use or disclose most psychotherapy notes contained in your protected health information.

YOUR RIGHTS

- You have the right to inspect and copy your protected health information. This means you may inspect and obtain a copy of protected health information about you that is contained in your record for as long as we maintain the information so long as access to that information is not prohibited by federal or state law. Under federal law, however, you may not inspect or copy the following records: psychotherapy notes, information compiled in a reasonable anticipation of, or use in, a civil, criminal or administrative action or proceeding, and protected health information that is subject to law that prohibits access. We may charge you a fee for the cost of copying and/or mailing it to you.
- You have the right to receive your protected health information that is maintained electronically to be provided to you electronically in the form and format you request.
- You have the right to amend your protected health information. This means you may request an amendment of protected health information about you as long as we maintain this information. A request for amendment must be made in writing and submitted to the Privacy Officer. 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 or does not include a reason to support the request, or exceeds statutory guidelines.
- You have the right to request a restriction of your protected health information. This means you may ask us not to use or disclose any part of your protected health information for the purposes of treatment, payment or health care operations. You may also request that any part of your protected health information not be disclosed to family member or friends who may be involved in your care. To request restrictions, you must make your request in writing to the Privacy Officer listed below. 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. We are not required to agree to your request. If we do agree, we will comply with your request.
- You have the right to restrict disclosure of your protected health information to your health plan for services or care that you pay for in full or out of pocket.
- You have the right to request to receive confidential communications from us by alternative means or at an alternative location. We will accommodate reasonable requests. We may also condition this accommodation by asking you for information as to how payment will be handled or specification of an alternative address or other method of contact. We will not request an explanation from you as to the basis for your request. Please make your request to the Privacy Officer listed below.
- You have the right to a paper copy of this notice.
- You have the right to receive notice of a breach. We will notify you if your unsecured protected health information has been breached.

CHANGES TO THIS NOTICE

We reserve the right to change this notice at any time. This Notice is not a legal contract. We reserve the right to make the revised or changed notice effective for protected health information we already have about you as well as any information we receive in the future. We will post a copy of the current notice in each facility and on our website. The notice will contain on the first page, in the top right-hand corner, the effective date. In addition, each time you register we will offer you a copy of the current notice in effect.

QUESTIONS AND COMPLAINTS

If you want more information about our privacy practices or have questions or concerns please contact us.

Lake County Health Department and Community Health Center
3010 Grand Avenue
Waukegan, IL 60085
847-377-8000

If you believe your privacy rights have been violated you may file a complaint with us or with the Secretary of the Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights to file a complaint with the Lake County Health Department/Community Health Center contact the PRIVACY OFFICER at the address listed below:

**Lake County Health Department and
Community Health Center**

Privacy Officer
3010 Grand Ave.
Waukegan, IL 60085
847-377-8000

**Office of Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services**

233 N. Michigan Ave., Suite 240
Chicago, IL. 60601
Phone: (312) 886-2359; (312) 353-5693 (TDD)
www.hhs.gov/ocr/privacyhowtofile.htm

All complaints must be submitted in writing and addressed to the PRIVACY OFFICER. We support your right to protect the privacy of your medical information. We will not retaliate in any way or refuse services if you choose to file a complaint with us or with the U. S. Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights.

OTHER USES OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

Other uses and disclosures of protected health information not covered by this notice, or not by federal or state law, will be made only with your written permission. If you provide us permission to use or disclose protected health information about you, you may revoke that permission, in writing, at any time. If you revoke your permission, we will no longer use or disclose protected health information about you for the reasons covered by your written authorization. You understand that we are unable to take back any disclosures we have already made with your permission, and that we are required to retain our records of the care that we provide to you.

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Name: _____ Date of Birth: _____

Date: _____

As a patient of the Lake County Health Department and Community Health Center, I have been provided with its Notice of Privacy Practices, which describes how medical information about me may be used or disclosed, and informs me of my individual privacy rights.

I acknowledge that I have received the Notice of Privacy Practices and understand how medical information about me may be used, the duties of the Lake County Health Department and Community Health Center, and my rights to privacy protection and access to my medical information. I understand that the Privacy Officer is available to answer any questions that I may have regarding issues of privacy.

I also acknowledge that this Notice of Privacy Practices is not a contract between the Lake County Health Department and Community Health Center and the undersigned, but merely a notice of my privacy rights under state and federal law.

Signature of Patient or Personal Representative

Date

Printed Name of Above Signature

Description of Personal Representative's Authority to Act on Patient's Behalf

**DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE LAKE Y CENTRO DE SALUD
COMUNITARIO**

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

FECHA EFECTIVA: Septiembre 23, 2013

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED
PUEDE SER USADA Y REVELADA Y CÓMO USTED PUEDE CONSEGUIR
ACCESO A ESTA INFORMACIÓN
POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE**

QUIEN SEGUIRÁ ESTE AVISO

Este aviso describe las prácticas del Departamento de Salud del Condado de Lake y Centro de Salud Comunitario y eso de:

- Cualquier profesional de salud autorizado a entrar información en su expediente de salud
- Todas las áreas y unidades de servicio
- Cualquier miembro del grupo voluntario que permitimos que trabaje en nuestras instalaciones
- Todos los empleados y cualquier otro personal

NUESTRA PROMESA CON RESPETO A LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Entendemos que la información médica de usted y su salud es personal y confidencial. Estamos comprometidos a proteger esta información. Nosotros hacemos un expediente del cuidado y servicio que usted recibe en cada visita. Necesitamos este expediente para mantener la calidad de cuidado y cumplir con requisitos legales. Todos los expedientes de salud creados en el Departamento de Salud del Condado de Lake y Centro de Salud Comunitario son sometidos a estos reglamentos. Asociados de negocios están supuestos a seguir reglas estatales y federales en relación a información médica protegida y están supuestos a proteger la privacidad de la información médica protegida que ellos reciben, crean, o usan en conjunto con, o obtienen de LCHD/CHC.

Este aviso le informará sobre las maneras en cómo podemos usar y revelar la información de salud protegida de usted. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respeto del uso y revelación de su información.

Usted puede consultar a nuestro Oficial de Privacidad para asegurar que nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad refleje exactamente nuestras prácticas de privacidad y las de cualquier arreglo organizado del cuidado médico. Debemos de revisar si la ley de privacidad es aplicable a la del estado para determinar si proporciona más protección o derechos de privacidad que la de la ley federal. Si es así, nuestro Aviso debe reflejar esas protecciones y derechos. Nuestro Oficial de Privacidad debe de aprobar cada Aviso de Prácticas de Privacidad, incluyendo cualquier Aviso común que podamos usar para un arreglo organizado del cuidado médico para asegurar que el Aviso se conforme suficientemente con las leyes aplicables, federales y estatales, antes de que podamos distribuir el Aviso a cualquier persona.

El Aviso se debe distribuir a cada individuo a más tardar la fecha de nuestra primera entrega de servicio y después de la fecha de la conformidad (Septiembre 23, 2013) de las reglas federales de privacidad establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

También el proveedor debe tener el Aviso disponible en el sitio de entrega del servicio para los individuos que solicitan llevárselo con ellos. En todos los sitios de entrega de servicio físico, el Aviso debe de estar puesto en un lugar claro y prominente donde se pueda contar razonablemente que se pueda leer el Aviso por cualquier persona que solicite servicios del proveedor. Cada vez que el Aviso sea revisado, se debe de hacer disponible en demanda o después de la fecha efectiva de la revisión de una manera constante con las instrucciones anteriores. Después de eso, el aviso debe de ser distribuido a cada nuevo cliente/paciente en el tiempo de la entrega de servicio y a cualquier otra persona que solicite este Aviso.

NUESTRO DEBER LEGAL

Somos obligados por las leyes aplicables federales y estatales a mantener la privacidad de su información médica. También estamos obligados a darle este aviso de nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos acerca de su información médica. Debemos seguir las prácticas de privacidad que son descritas en este aviso mientras estén en efecto. Este aviso toma efecto el Septiembre 23, 2013, y seguirá en efecto hasta que sea reemplazado. Reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando tales cambios sean permitidos por la ley. Reservamos el derecho de realizar los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso efectivo para toda la información médica que creamos o recibimos antes de que se hicieran los cambios. Antes de que hagamos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, nosotros cambiaremos este aviso y haremos el nuevo aviso disponible a petición.

Usted puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para más información de nuestras prácticas de privacidad, o para más copias de este aviso, por favor póngase en contacto con nosotros usando la información que se encuentra al final de este aviso.

CÓMO PODEMOS USAR Y REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras de cómo podemos usar y revelar información de salud protegida. No todas las categorías del uso y revelación están en la lista, y en ciertas circunstancias, la revelación del expediente médico, como el salud mental y el tratamiento de la dependencia química, puede ser limitada por leyes estatales o federales. Sin embargo, todas las maneras que podemos usar y revelar información están dentro de una de estas categorías:

- Tratamiento--Usamos la información de salud protegida de usted para proporcionar, coordinar, o manejar su tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, se puede revelar información de salud de usted a doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina o cualquier otro personal del Departamento de Salud que esté involucrado en proporcionar su cuidado..
- Pago--Podemos usar y revelar información de salud de usted para que el tratamiento y servicios que usted recibe puedan ser cobrados y para coleccionar el pago de usted o de la compañía de seguro o de una tercera agencia. Por ejemplo, podemos usar su información de salud para notificar a su portador de seguro sobre su visita para que el plan de seguro nos pague.
- Manejo de Cuidado de Salud--Podemos usar y revelar información de salud protegida de usted para el manejo de las instalaciones. Estos usos y revelaciones son necesarios para proveer la calidad de cuidado. Por ejemplo, podemos usar la información de salud protegida para revisar nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal.
- Recordatorios de Citas--Podemos usar y revelar información de salud protegida para llamar a usted para recordarle de que usted tiene una cita para tratamiento o cuidado medico.
- Individuos Involucrados en su Cuidado o Pagos para Su Cuidado--Con su permiso, nosotros discutiremos su tratamiento con cualquier individuo que usted indique.
- Investigación--Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y revelar información de salud protegida de usted para el propósito de investigaciones. Sin embargo, todos los proyectos de investigación son sujetos a un proceso especial de aprobación. Nosotros siempre le pediremos su permiso que el investigador pueda tener acceso a la información de salud protegida.
- Como Lo Requiere la Ley--Nosotros revelaremos la información de salud protegida de usted cuando la requieran las leyes federales, estatales y ordenanzas.
- Para Evitar una Amenaza Seria de Salud o Seguridad--Podemos usar y revelar información de salud protegida de usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud y

seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona como autorizan las leyes aplicables federales o estatales.

SITUACIONES ESPECIALES

- Compensación del Trabajador--Podemos revelar información de salud protegida de usted para compensación del trabajador o programas similares. Estos programas proveen beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- Riesgos de Salud Pública--Podemos revelar información de salud protegida de usted para actividades de salud pública como autorizan las leyes aplicables federales o estatales.
- Actividades de la Supervisión de Salud--Podemos revelar información de salud protegida a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, comprobación de cuentas, investigaciones, inspecciones, y licenciatura. Estas actividades son necesarias para controlar el sistema de asistencia médica, los programas del gobierno, y la conformidad con las leyes de derechos civiles.
- Demandas y Disputas--Si usted está involucrado en una demanda o disputa, podemos revelar la información de salud protegida de usted en respuesta a una orden administrativa o de la corte. También podemos revelar información de salud protegida de usted a una respuesta citatoria, el pedido de descubrimiento u otro proceso lícito.\
- Cumplimiento con la Ley--Podemos revelar información de salud protegida si la pide un oficial de la ley bajo las siguientes circunstancias cuando lo permitan las leyes estatales o federales:
 - En respuesta a una orden de la corte, una orden de detención, citatorio judicial, o proceso similar.
 - Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial o persona desaparecida.
 - Sobre una víctima de un crimen, si bajo ciertas circunstancias limitadas no podemos obtener el acuerdo de la persona.
 - Acerca de una muerte que creemos que podría ser el resultado de la conducta criminal.
 - En circunstancias de emergencia para reportar un crimen, el sitio del crimen o víctimas, o la identidad, la descripción, o la ubicación de la persona que cometió el crimen.
 - Como lo requiere la ley.
 - Sobre los crímenes que ocurren en nuestra localidad.
 - Para prevenir una amenaza seria de su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona.
- Examinadores Médicos y Forenses—Podemos revelar información de salud protegida a un forense o médico en respuesta a una solicitud autorizada.
- Actividades de Seguridad Nacional y la Inteligencia--Podemos revelar información de salud protegida a oficiales federales autorizados por la inteligencia, el contraespionaje y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

- Presos--Si usted es un preso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos revelar información de salud protegida a la institución correccional o al oficial de la ley. Esta revelación será necesaria (1) para que la institución le provea el cuidado de salud; (2) para proteger su salud y su seguridad o la salud y la seguridad de otros; o (3) para la seguridad y protección de la institución correccional.

Otras revelaciones permitidas y necesarias solamente se harán con su consentimiento, autorización o la oportunidad de oponerse al menos que la ley lo requiera. Sin su autorización, estamos expresamente prohibidos a usar o revelar su información médica protegida para propósitos de promociones. No venderemos su información médica protegida sin su autorización. No usaremos ni revelaremos las notas de psicoterapia contenidas en su información médica protegida.

SUS DERECHOS

- Usted tiene el derecho de examinar y copiar su información de salud protegida. Esto significa que usted puede examinar y obtener una copia de la información de salud protegida de usted que esta contenida en su expediente mientras mantengamos la información y el acceso a esa información no sea prohibido por leyes federales o estatales. Sin embargo, bajo la ley federal, usted no puede examinar ni puede copiar los siguientes expedients : notas de psicoterapia, la información compilada en anticipación razonable de, ni del uso en, una acción o procedimiento civil, criminal o administrativo e información de salud protegida que es sujeta a la ley que prohíbe el acceso. Podemos cobrarle una cuota por el costo de copiar y/o de enviárselo a usted.
- Usted tiene el derecho de recibir su información de salud protegida que es mantenida electrónicamente y de forma electronica o en la forma que usted la pida.
- Usted tiene el derecho de modificar su información de salud protegida. Esto significa que usted puede pedir modificar su información de salud protegida acerca de usted mientras que mantengamos esa información. Una petición de modificar debe ser hecha por escrito y sometida al Oficial de Privacidad. Además tiene que proveer una razón que apoya su petición. Podemos negarle su petición de modificar si no está por escrito o no incluye una razón que apoya la petición, o si excede normas directrices.
- Usted tiene el derecho de recibir una explicación de ciertas revelaciones que hemos hecho, si hay, de su información de salud protegida. Esto es una lista de las revelaciones de información de salud protegida que hemos hecho acerca de usted. Para pedir esta lista, debe entregar una petición escrita al Oficial de Privacidad que está en la lista de abajo. Su petición debe expresar un periodo de tiempo, el cual no puede ser más de seis años y no puede incluir fechas antes del 14 de Abril del 2003. Le cobraremos una cuota para proporcionar la lista. Nosotros le notificaremos del cobro implicado y usted puede decidir retirar o modificar su petición en ese momento antes de que se le haga un cobro.
- Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de que no revelemos su información de salud protegida. Esto significa que usted nos puede pedir que no usemos o revelemos ninguna parte de su información de salud protegida para los propósitos de tratamiento, pago, u operaciones del cuidado de salud. También usted puede pedir que ninguna parte de su información de salud protegida sea revelada a miembros de la familia o amigos que están involucrados en su cuidado. Para solicitar las restricciones, usted debe hacer una petición por escrito al Oficial de Privacidad que está en la lista de abajo. En su petición, usted debe decirnos (1) cuál información usted quiere limitar; (2) si usted quiere limitar nuestro uso, la revelación o ambos; y (3) a quién usted

quiere que los límites apliquen. No estamos obligados a estar de acuerdo con su petición. Si estamos de acuerdo, vamos a cumplir con su solicitud.

Usted tiene el derecho de hacer una restricción de revelar su información de salud protegida a su plan de salud por servicios o cuidado que usted paga en completo o en efectivo.

- Usted tiene el derecho de pedir recibir comunicaciones confidenciales de nosotros por medios alternativos o en una localidad alternativa. Acomodaremos los pedidos razonables. También podemos poner una condición para esta acomodación preguntándole a usted información acerca de cómo se hará el pago o la especificación de una dirección alternativa u otro método de contacto. Nosotros no le pediremos una explicación de usted en cuanto a la base para su solicitud. Por favor haga su solicitud al Oficial de Privacidad que se encuentra en la lista de abajo.
- Usted tiene el derecho a una copia impresa de este aviso.
- Usted tiene el derecho de recibir aviso si hay una violación. Nosotros le notificaremos si su información de salud protegida ha sido violada.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento. Este Aviso no es un contrato legal. Reservamos el derecho de hacer el aviso ya revisado o cambiado efectivo para información de salud protegida que ya tenemos de usted así como también cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual en cada facilidad y en nuestro sitio web. Este aviso contendrá en la primera página, en la esquina de arriba del lado derecho, la fecha de vigencia. Además, cada vez que usted se registre, le ofreceremos una copia del aviso vigente.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si usted quiere más información sobre nuestras prácticas de privacidad o si tiene preguntas o preocupaciones, por favor comuníquese con nosotros.

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE LAKE Y CENTRO DE SALUD COMUNITARIO

**3010 Grand Avenue
Waukegan, IL 60085
(847) 377-8000**

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados puede presentar una queja con nosotros o con la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles. Para presentar una queja con el Departamento Salud del Condado de Lake y Centro de Salud Comunitario comuníquese con el OFICIAL DE PRIVACIDAD en la dirección escrita abajo:

**DEPARTAMENTO DE SALUD DEL
CONDADO DE LAKE Y CENTRO DE
SALUD COMUNITARIO**

OFICIAL DE PRIVACIDAD
3010 Grand Avenue
Waukegan, IL 60085
847-377-8000

**Office of Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services**

233 N. Michigan Ave., Suite 240
Chicago, IL. 60601
Phone: (312) 886-2359; (312) 353-5693 (TDD)
www.hhs.gov/ocr/privacyhowtofile.htm

Todas las quejas deben ser entregadas por escrito y dirigidas al OFICIAL DE PRIVACIDAD. Apoyamos su derecho de proteger la privacidad de su información médica. Nosotros no nos vamos a vengar de ninguna manera ni le negaremos los servicios si usted decide registrar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles.

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Otros usos y revelaciones de la información de salud protegida no cubiertas por este aviso, ni por leyes federales o estatales, se harán solo con su permiso escrito. Si usted nos proporciona permiso para usar y revelar información de salud protegida sobre usted, usted puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su permiso, nosotros no usaremos ni revelaremos más información de salud protegida de usted para las razones no cubiertas por su autorización escrita. Entienda que no podemos tomar retirar ninguna revelación que ya hemos hecho con su permiso, y que somos obligados a retener nuestros expedientes del cuidado que le proporcionamos a usted.

Reconocimiento de Recibo del Aviso de Practicas de Privacidad

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____

Como paciente del Departamento de Salud del Condado de Lake y Centro de Salud Comunitario, se me ha proporcionado el Aviso de Practicas de Privacidad, el cual describe cómo la información médica sobre mí puede ser usada o revelada, y me informa de mis derechos de privacidad individual.

Yo reconozco que he recibido el Aviso de Practicas de Privacidad y entiendo cómo la información médica de mí puede ser usada, las obligaciones del Departamento de Salud del Condado de Lake y Centro de Salud Comunitario y mis derechos de protección de privacidad y el acceso a mi información médica. Yo entiendo que el Oficial de Privacidad está disponible para contestar cualquier pregunta que yo pueda tener en cuanto al tema de la privacidad.

También yo reconozco que este Aviso de Practicas de Privacidad no es un contrato entre el Departamento de Salud del Condado de Lake y Centro de Salud Comunitario y el firmante, sino solamente un aviso de mis derechos de privacidad bajo las leyes estatales y federales.

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

Escriba el nombre del firmante de arriba

Descripción del Representante Personal autorizado para actuar a favor del Paciente