

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Effective Date: This Notice of Privacy Practices is effective on January 1, 2015.

I. Understanding Your Health Information

Each time you visit our community health center, we create a record of your visit. This record usually contains your name and other information that may identify you: your symptoms, examination and test results, diagnoses, treatment, plan for future health care, and financial information. This record is sometimes referred to as your "health record." This record allows us to provide you with quality health care, to obtain payment for the services we provide to you, and to enable us to meet our legal obligations in operating this community health center. We are required by law to maintain the privacy of your health information, to provide you with notice of our legal duties and privacy practices with respect to your health information, and to notify you following a breach of your unsecured protected health information. We will not use or give to others your health information without your written permission, except as stated in this Notice.

II. Organized Health Care Arrangement ("OHCA")

STRIDE, Jefferson Center for Mental Health ("JCMH") and Aurora Mental Health Center ("AUMHC") have agreed to form and to enter into an organized health care arrangement (the "Integrated Care OHCA"). Members of the Integrated Care OHCA may share your health information with other members of the Integrated Care OHCA for the purposes of treatment, payment, and health care operations in order to better address your health care needs.

III. How We Will Use and Give Out Your Health Information

a. Treatment, Payment, and Health Care Operations

We use and share your health information, without your consent, for treatment, payment, and health care operation purposes:

- Treatment. We use and share your health information to provide you with health care and related services. For example, we may share your health information with other doctors, nurses, or hospital staff who help provide care for you.
- Payment. We use and share your health information to get paid for the services we provide you. For example, we may send a bill to your health insurance plan, Medicaid, or you.
- Health Care Operations. We may use and share your health information to review our performance and to make sure you receive quality health care. For example, we may use and share your health information to evaluate the performance of our staff who care for you.

b. Notice of Organized Health Care Arrangement

STRIDE CHC participates in two Organized Health Care Arrangements.

- The Integrated Care OHCA members have agreed, as permitted by law, to share your PHI among themselves for purpose of treatment, payment, and healthcare operations. This enables us to better address your healthcare.
- The Foothills Health Solutions OHCA members have agreed, as permitted by law, to share your PHI among themselves for purpose of treatment, payment, and healthcare operations. This enables us to better address your healthcare.

If you wish to opt-out of any OHCA, you must submit an "Opt-Out" form to STRIDE. You can obtain an Opt-Out form by asking for this form at the front desk at any of our STRIDE clinic locations. If you have previously opted-out elsewhere and would like to opt back in, you can obtain an "Opt-In" form at the front desk at any of our STRIDE clinic locations.

c. Other Uses and Disclosures Allowed or Required by Law

We may use or share your health information, without your consent, for the following purposes under limited circumstances:

- Notify and Communicate with Family. We may use or share your information to people who are involved in, or help pay for your care, such as your family, your close personal friends, or any other person chosen by you, to notify them of your location, general health, and to assist you in your health care (such as to pick-up medicine or to help with follow-up care).
- Public Health and Safety. We may share your health information with public health authorities in certain situations. The following are some examples of how we may share your health information for public health and safety purposes: to prevent disease; to help with product recalls; to report adverse reactions to medications; to report suspected abuse, neglect, or injuries related to or suspected to be related to domestic violence, which may include sexual assault; or to prevent or reduce any serious threat to the health or safety to you or others, which may include if you are gravely disabled.
- Research. We may use or share your health information for research studies.
- Required by Law. We will share your health information with government agencies, as required by state or federal laws. For example, we will share your health information with government agencies that oversee our community health center for licensing or certification purposes.
- Organ and Tissue Donation Requests. We may share your health information with organ donor agencies.
- Coroners and Funeral Directors. We may share your health information with a coroner, medical examiner, or funeral director to help them carry out their duties.
- Workers' Compensation. We may share your health information as necessary to comply with workers' compensation laws.
- Specialized Government Functions. We may share your health information for military or national security purposes, or to correctional institutions or law enforcement officers that have you in their lawful custody.
- Law Enforcement. We may share your health information with law enforcement in order to: identify or locate a suspect, fugitive, or missing person; or assist with other law enforcement purposes.
- Judicial and Administrative Proceedings. We may share your health information when ordered to do so by a court or judge.

This notice describes how health information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. **PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.**

- Marketing. We may share your health information to contact you about new treatments or medicine that may help you, so long as we do not receive any payment for these communications.
- Proof of Immunization. We will share proof of immunization to a school that requests it before admitting a student if you have agreed to the disclosure on your behalf or on behalf of your dependent.
- Health Information Exchange: We may share your health information with other organizations through a Health Information Exchange (HIE) network. These other organizations may include hospitals, laboratories, health care providers, public health departments, health plans, and other participants. HIE participants are required to meet rules that protect the privacy and security of your health and personal information. If you wish to opt-out of any HIE, you must submit an "Opt-Out" form to STRIDE. You can obtain an Opt-Out form by asking for this form at the front desk at any of our STRIDE clinic locations. If you have previously opted-out elsewhere and would like to opt back in, you can obtain an "Opt-In" form at the front desk at any of our STRIDE clinic locations. You may obtain information regarding the HIE at the front desk at any of our STRIDE clinic locations.

d. Other Uses and Disclosures Requiring Your Written Permission

Except as stated within this Notice, we will not use or share your health information without getting your written authorization on an Authorization form. If you do authorize us to use or disclose your health information for another purpose, you may revoke your authorization in writing at any time.

IV. Your Rights Regarding Your Health Information

- Right to Request Restrictions. You have the right to request that we restrict how we use or share your health information when carrying out certain activities. We are not required to agree to your request. However, we must grant your request to not share information with your health plan for a health care service or item if you paid in full out-of-pocket for that service or item, unless a law requires us to share that information.
- Right to Receive Confidential Communications. You have the right to request that we contact you in a specific way or that we send our correspondence to a specific location. For example, you may ask that we contact you via a particular email account or that we send mail to your work address. We will comply with all reasonable requests.
- Right to Inspect and Copy. You have the right to request a copy of your health record and a right to receive an electronic copy of your health record if it exists in electronic format. Only in a few very select circumstances may we deny you access to your health record. If we do deny you access to your health record, then you have the right to have our denial reviewed by a licensed healthcare professional. We may charge a reasonable, cost-based fee.

- Right to Request a Change. You have the right to ask us to correct information in your health record that you think is incorrect or incomplete. We may refuse to change your record, but we will explain the reason for our refusal.
- Right to Receive an Accounting. You have the right to ask for a list (accounting) of the times that we have shared your health information. We will not include disclosures related to treatment, payment, or healthcare operations, or certain other disclosures.
- Right to Copy of Notice of Privacy Practices. You have the right to get a paper copy of this Notice of Privacy Practices at any time, even if you agreed to receive the Notice of Privacy Practices electronically.
- Breach Notification. If a breach of your secured protected health information occurs, we will notify you as required by law.

V. Changes to this Notice

We may change our Notice of Privacy Practices at any time in the future. Until such changes are made, we will comply with the terms of the Notice of Privacy Practices currently in effect. We will notify you of any changes to our Notice of Privacy Practices by posting the changed Notice of Privacy Practices at our community health center and on our web site.

VI. Concerns and Complaints

If you have any questions or want to talk about any of the information in this Notice of Privacy Practices, please contact our Privacy Officer listed below. If you believe your privacy rights have been violated, you may file a written complaint with our community health center or with the Secretary of the Department of Health and Human Services (HHS). You will not be penalized in any way for filing a complaint.

To file a privacy concern/complaint with our community health center, contact our Privacy and Compliance Officer:

303.761.1977
compliance@stridechc.org

To file a complaint with the Secretary of HHS, submit your complaint to:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
999 18th Street, Suite 417
Denver, CO 80202
800.368.1019

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigencia: este Aviso de prácticas de privacidad entra en vigencia el 1 de enero de 2015.

I. Comprensión de su información médica

Cada vez que visite nuestro centro médico comunitario, se creará un registro de su consulta. Generalmente, este registro incluye su nombre y otros datos que puedan identificarlo: síntomas, exámenes y resultados de análisis, diagnósticos, tratamiento, plan de atención médica futura e información financiera. A este registro se lo suele denominar "historia clínica". Este documento nos permite brindarle atención médica de calidad, recibir el pago por los servicios que prestamos y cumplir con las obligaciones legales que conlleva operar este centro médico comunitario. La ley nos exige que mantengamos la privacidad de su información médica, que le notifiemos nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su información médica y que le informemos en caso de que se produzca una infracción de su información médica protegida no asegurada. No usaremos ni facilitaremos a otras personas su información médica sin su autorización escrita, a excepción de como se establece en este Aviso.

II. Acuerdo organizado de atención médica ("OHCA", Organized Health Care Arrangement)

STRIDE, Jefferson Center for Mental Health ("JCMH") and Aurora Mental Health Center ("AUMHC") han acordado conformar y celebrar un Acuerdo organizado de atención médica (la "Atención integrada OHCA"). Los miembros de Atención integrada OHCA pueden compartir su información médica con otros miembros de Atención integrada OHCA para proporcionar tratamientos, recibir pagos y llevar a cabo operaciones de atención médica a fin de abordar de la mejor manera sus necesidades de atención médica.

III. Cómo usaremos y revelaremos su información médica

a. Tratamiento, pago y operaciones de atención médica

Usamos y compartimos su información médica sin su consentimiento para proporcionar tratamientos, recibir pagos y llevar a cabo operaciones de atención médica:

- Tratamiento. Usamos y compartimos su información médica para brindarle atención médica y servicios relacionados. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con otros médicos, personal de enfermería o del hospital que colaboren con su atención.
- Pago. Usamos y compartimos su información médica para recibir el pago por los servicios que le prestamos. Por ejemplo, podemos enviar una factura a su plan de seguro médico, a Medicaid o a usted.
- Operaciones de atención médica. Podemos usar y compartir su información médica para revisar nuestro desempeño y asegurarnos de que reciba atención médica de calidad. Por ejemplo, podemos usar y compartir su información médica para evaluar el desempeño del personal que colabora con su atención.

b. Aviso de Acuerdo de Atención Médica Organizada

STRIDE CHC participa en dos arreglos organizados de Atención Médica.

- Los miembros de la organización Integrated Care OHCA han acordado, según lo permitido por la ley, compartir su expediente médico entre ellos para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Esto nos permite habilitar mejor su atención médica.
- Los miembros de la organización Foothills Health Solutions OHCA han acordado, según lo permitido por la ley, compartir su expediente médico entre ellos para fines de tratamiento,

pago y operaciones de atención médica. Esto nos permite habilitar mejor su atención médica.

Si no desea participar en cualquier acuerdo o OHCA por sus silabas en Inglés, debe enviar un formulario de "Exclusión" a STRIDE. Puede obtener un formulario de exclusión voluntaria solicitando este formulario en la recepción de cualquiera de nuestras clínicas STRIDE. Si previamente ha optado por no participar en otro lugar y desea volver a participar, puede obtener un formulario de "participación" en la recepción de cualquiera de nuestras clínicas STRIDE.

c. Otros usos y divulgaciones permitidas o exigidas por ley

Podemos usar o compartir su información médica sin su consentimiento para los fines siguientes en circunstancias limitadas:

- Notificar y comunicar a la familia. Podemos usar o compartir su información con las personas que participan o colaboran con el pago de su atención, como su familia, sus amigos cercanos o cualquier otra persona que usted elija, para informarles acerca de su ubicación y salud general y para que colaboren con su atención médica (por ejemplo, para que retiren los medicamentos o ayuden durante la atención de seguimiento).
- Salud y seguridad pública. Podemos compartir su información médica con las autoridades de salud pública en determinadas situaciones. A continuación, se incluyen algunos ejemplos que muestran cómo podemos compartir su información médica a los efectos de la salud y seguridad pública: para evitar enfermedades; para retirar productos del mercado; para informar reacciones adversas de medicamentos; para denunciar un posible abuso, negligencia o lesiones relacionadas o que podrían estar relacionadas con la violencia doméstica, y que podrían incluir la agresión sexual; o para prevenir cualquier amenaza grave para la salud o la seguridad suya o de otras personas, que incluya cualquier incapacidad grave.
- Investigación. Podemos usar o compartir su información médica para estudios de investigación.
- Exigidas por ley. Compartiremos su información médica con agencias gubernamentales, según lo exijan las leyes estatales o federales. Por ejemplo, compartiremos su información médica con las agencias gubernamentales que supervisan nuestro centro médico comunitario a efectos de solicitar autorizaciones o certificaciones.
- Solicitudes de donación de órganos y tejidos. Podemos compartir su información médica con agencias de donación de órganos.
- Directores de funerarias y forenses. Podemos compartir su información médica con un forense, un médico legista o el director de una funeraria para colaborar con sus tareas.
- Compensación para trabajadores. Podemos compartir su información médica si es necesario para cumplir las leyes de compensación para trabajadores.
- Funciones gubernamentales especializadas. Podemos compartir su información médica con fines militares o de seguridad nacional, o con correccionales o agentes del orden público que lo tengan a usted bajo custodia legal.
- Aplicación de la ley. Podemos compartir su información médica con las fuerzas de seguridad para: identificar o localizar a un sospechoso, un fugitivo o una persona perdida; o colaborar a efectos de la aplicación de la ley.

En este aviso se describe la manera en que se puede usar y divulgar su información médica y cómo usted puede tener acceso a esta información. **REVISELO DETENIDAMENTE.**

- Procedimientos judiciales y administrativos. Podemos compartir su información médica si así lo dispone un tribunal o juez.
- Comercialización. Podemos compartir su información médica para comunicarle tratamientos o medicamentos nuevos que podrían ser de ayuda, siempre que no recibamos ningún pago por estas comunicaciones.
- Constancia de vacunación. Compartiremos la constancia de vacunación de la escuela que la solicite para poder admitir a un estudiante, si usted ha acordado la divulgación en su nombre o en nombre de la persona a su cargo.
- Intercambio de Información de Salud: Podemos compartir su información médica con otras organizaciones a través de la red Intercambio de Información de Salud (HIE, Health Information Exchange). Estas organizaciones pueden incluir hospitales, laboratorios, proveedores de atención médica, departamentos de salud pública, planes de salud y otros participantes. Los participantes de HIE deben cumplir con normas que protegen la privacidad y la seguridad de su información médica y personal. Si desea salir voluntariamente de la red HIE, debe enviar un formulario de "Exclusión voluntaria" a STRIDE. Puede solicitar un formulario de exclusión voluntaria en la recepción de cualquier clínica de STRIDE. Si ya se ha excluido de manera voluntaria y desea incluirse nuevamente, puede solicitar un formulario de "Inclusión voluntaria" en la recepción de cualquier clínica de STRIDE. Puede obtener información relacionada con HIE en la recepción de cualquier clínica de STRIDE.

d. Otros usos y divulgaciones que requieren su autorización escrita

Excepto como se establece en este Aviso, no usaremos ni compartiremos su información médica sin obtener su autorización escrita en un formulario de autorización. Si nos autoriza a usar o a divulgar su información médica con otro fin, usted puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento.

IV. Sus derechos relacionados con la información médica

- Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar que restrinjamos la manera en que usamos o compartimos su información médica al llevar a cabo determinadas actividades. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Sin embargo, debemos acceder a su pedido de no compartir información médica con su plan de salud con respecto a un servicio o artículo de atención médica si usted pagó de su bolsillo la totalidad de ese servicio o artículo, a menos que la ley nos exija que compartamos esa información.
- Derecho a recibir comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de alguna manera específica o que enviemos nuestra correspondencia a una dirección determinada. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos a través de una cuenta de correo electrónico particular o que enviemos correo postal a la dirección de su trabajo. Accederemos a todos los pedidos razonables.
- Derecho a inspección y copia. Tiene derecho a solicitar una copia de su historia clínica y a recibir una copia electrónica de esta si existiera en formato electrónico. Solo en algunas circunstancias específicas podemos denegar su acceso a la historia clínica. Si denegamos su acceso a la historia clínica, usted tendrá derecho a solicitar a un profesional de atención médica matriculado que revise nuestra denegación. Es posible que cobremos una tarifa razonable basada en el costo.

- Derecho a solicitar una modificación. Tiene derecho a solicitar que corrijamos información de su historia clínica que considere incorrecta o incompleta. Podemos negarnos a modificar su historia clínica, pero le explicaremos el motivo de nuestro rechazo.
- Derecho a una contabilidad. Tiene derecho a solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información médica. No incluiremos divulgaciones relacionadas con tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, ni otras divulgaciones determinadas.
- Derecho a una copia del Aviso de prácticas de privacidad. Tiene derecho a solicitar una copia en papel de este Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento, incluso si acordó recibir este Aviso de manera electrónica.
- Notificación de infracción. Si se produjese una infracción a su información médica protegida asegurada, le informaremos tal como lo exige la ley.

V. Modificaciones a este Aviso

Podemos modificar nuestro Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento en el futuro. Hasta que se hagan dichos cambios, cumpliremos con los términos del Aviso de prácticas de privacidad que se encuentren vigentes. Le informaremos acerca de cualquier modificación que se realice a nuestro Aviso de prácticas de privacidad mediante la publicación del Aviso modificado en nuestro centro de salud comunitario y en nuestro sitio web.

VI. Inquietudes y reclamos

Si tiene alguna pregunta o desea hablar acerca de la información incluida en este Aviso de prácticas de privacidad, comuníquese con el Director de Privacidad que se detalla más abajo. Si considera que sus derechos de privacidad no se han respetado, puede presentar un reclamo por escrito en nuestro centro de salud comunitario o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, Health and Human Services). No se lo sancionará de ninguna manera por presentar un reclamo.

Para presentar un reclamo en nuestro centro de salud comunitario, comuníquese con el Director de Privacidad:

303.761.1977
compliance@stridechc.org

Para presentar un reclamo al Secretario de HHS, envíelo a:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
999 18th Street, Suite 417
Denver, CO 80202
800.368.1019

