

**UC Riverside, School of Medicine Policies and Procedures****Policy Title:** Notice of Privacy Practices**Policy Number:** 950-02-001

<b>Responsible Officer:</b>	Chief Compliance and Privacy Officer
<b>Responsible Office:</b>	Compliance Advisory Services
<b>Origination Date:</b>	03/03/2003
<b>Date of Revision:</b>	<del>(12/2006)</del> <del>(07/2012)</del> <del>(04/29/2013)</del> <del>(05/8/2013)</del> <del>(2/2016)</del> 03/01/2023
<b>Scope:</b>	UCR Health Clinics

**I. Policy Summary**

To describe the process by which UCR Health patients or their representatives are informed of the UCR Health privacy practices regarding use and disclosure of their protected health information (PHI), along with a description of the patient's rights with respect to their health information. The Notice of Privacy Practices ("Notice") has been created by the University of California to ensure that the University's Single Healthcare Covered Components provide notices that contain all of the required elements. The Notice should not be altered or modified without the express review and approval by the University of California, Office of General Counsel.

The Notice of Privacy Practices must be provided to all patients receiving care at UCR Health, as required by the federal Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (the "Privacy Rule"). The Notice must provide patients with detailed information regarding their privacy rights, and explain how UCR Health will use and disclosure patient information as permitted and required by both federal and State law.

**II. Policy Text**

- A.** UCR Health must describe, in plain language, its privacy practices including the individual's rights related to their PHI This "Notice of Privacy Practices" (NPP) must be made available to patients, and must be posted throughout UCR Health facilities and on the UCR Health website at [www.ucrhealth.org](http://www.ucrhealth.org).
- B.** The Notice of Privacy Practices must be provided at the first encounter with any UCR Health practice location and a single Notice will satisfy the requirement for all services provided under the UCR Health umbrella.
- C.** Each patient will be asked to sign an Acknowledgement that they received the Notice of Privacy Practices. Refusal to sign the Acknowledgement form should be documented on the Acknowledgement form by UCR Health personnel and scanned to the medical record, the hard copy will be shredded.
1. In cases where the individual is unable to receive the Notice due to their medical condition, the Notice will be provided to the patient's personal representative, if available. UCR Health personnel will make a good faith effort to obtain the personal representative's Acknowledgment of the Notice.

2. In limited cases when a minor is authorized under State law to consent to the treatment and does so, the Notice must be given to the minor. UCR Health personnel will make a good faith effort to obtain the minor's Acknowledgement of the Notice.
- D.** The Privacy Rule requires that the Notice must contain:
1. A description, with at least one example, of the types of uses and disclosures of information UCR Health is permitted to make for each of the following purposes: treatment; payment; healthcare operations.
  2. A description of the other purposes for which UCR Health is permitted or required to use or disclose PHI without the individual's written authorization will be contained in the Notice.
  3. A statement that indicates when uses and disclosures will only be made with the individual's written authorization, and that the individual may revoke this authorization at any time in writing.
  4. The Notice must include a separate statement that the patient may be contacted for:
    - a. Appointment reminders
    - b. To provide information regarding health-related benefits or service which may be of interest to the individual
    - c. Fundraising
- E.** The Notice must contain a statement of the individual's rights with respect to PHI and how to exercise these rights.
1. Inspect and receive a copy of PHI
  2. Request an amendment or addendum to PHI
  3. Receive an accounting of disclosures of PHI
  4. Request restrictions on certain uses and disclosures of information and will include a statement that UCR Health is not required to agree to a requested restriction
  5. Request confidential communication of PHI
  6. Request a paper copy of the Notice
  7. File a complaint with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services (DHHS)
  8. A brief description of how to file a complaint with UCR Health
- F.** UCR Health must promptly revise and distribute its Notice whenever there is a material change to the uses and disclosures, individual's rights, UCR Health legal duties, or other privacy practices stated in the Notice. The revised Notice must be posted in the service delivery areas, and must be provided to patients upon request. The revised Notice will also be posted on the UCR Health website at [www.ucrhealth.org](http://www.ucrhealth.org).
- G.** All versions of the UCR Health approved Notice of Privacy Practices will be archived and maintained by the Compliance and Privacy Office for a period no less than six (6) years.

**III. Procedures**

- A.** Upon first registration at any UCR Health practice location the patient will be provided with the HIPAA required Notice of Privacy Practices (NPP) and UCR Health Personnel will make a good faith effort to obtain a signed Acknowledgement from the patient.
- B.** If the patient refuses to sign the Acknowledgment, UCR Health must document the good faith efforts taken and the reason why the Acknowledgement was not obtained.
- C.** The Acknowledgement form will be scanned into the patient’s electronic medical record and the hard copy will be shredded.
- D.** If the patient has a question regarding the Notice of Privacy Practices, or has a question or concern about the uses and disclosure of their information, the patient should be referred to the Chief Compliance and Privacy Officer.
- E.** If the patient wishes to make a request as described in the Notice, they must make the request in writing and forward the request to the University of California, Riverside School of Medicine, attention: Compliance Advisory Services, 900 University Avenue, Riverside, CA 92521.

**IV. Forms/Instructions**

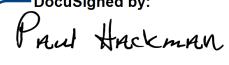
- Attachment A – Notice of Privacy Practices (English)
- Attachment B – Acknowledgment of Notice of Privacy Practices (English)
- Attachment C – Notice of Privacy Practices (Spanish)
- Attachment D – Acknowledgment of Notice of Privacy Practices (Spanish)

**V. Revision History**

Origination Date: March 3, 2003  
 Revision Date: March 1, 2023


Approvals:

COMPLIANCE COMMITTEE (03/14/2023)

DocuSigned by:  
  
 BC5CF44DC0494EA...  
 \_\_\_\_\_  
 PAUL HACKMAN, J.D., L.L.M.  
 CHIEF COMPLIANCE AND PRIVACY OFFICER,  
 SCHOOL OF MEDICINE

3/27/2023 | 5:53 PM PDT

DATE

DocuSigned by:  
  
 078012B446E846B...  
 \_\_\_\_\_  
 DEBORAH DEAS, M.D., M.P.H  
 VICE CHANCELLOR, HEALTH SCIENCES  
 DEAN, SCHOOL OF MEDICINE

3/27/2023 | 6:35 PM PDT

DATE

## Attachment A

UNIVERSITY OF CALIFORNIA UCR HEALTH  
Notice of Privacy Practices

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.**

**UCR HEALTH**

UCR Health is one of the health care components of the University of California. The University of California health care components consist of the UC medical centers, the UC medical groups, clinics and physician offices, the UCR Health departments engaged in clinical care, the student health service areas on some campuses, employee health units on some campuses, and the administrative and operational units that are part of the health care components of the University of California.

**OUR PLEDGE REGARDING YOUR HEALTH INFORMATION**

UCR Health is committed to protecting medical, mental health and personal information about you ("Health Information"). We are required by law to maintain the privacy of your Health Information, provide you information about our legal duties and privacy practices, inform you of your rights and the ways in which we may use Health Information and disclose it to other entities and persons.

**HOW WE MAY USE AND DISCLOSE HEALTH INFORMATION ABOUT YOU**

The following sections describe different ways that we may use and disclose your Health Information. Some information, such as certain drug and alcohol information, HIV information, genetic information and mental health information is entitled to special restrictions related to its use and disclosure. Not every use or disclosure will be listed. All of the ways we are permitted to use and disclose information, however, will fall within one of the following categories. Other uses and disclosures not described in this Notice will be made only if we have your written authorization.

**For Treatment.** We may use Health Information about you to provide you with medical and mental health treatment or services. We may disclose Health Information about you to doctors, nurses, technicians, students, or other health system personnel who are involved in taking care of you in the health system. For example, a doctor treating you for a broken leg may need to know if you have diabetes because diabetes may slow the healing process. A doctor treating you for a mental condition may need to know what medications you are currently taking, because the medications may affect what other medications may be prescribed to you. We may also share Health Information about you with other non-UCR Health providers. The disclosure of your Health Information to non-UCR Health

providers may be done electronically through a health information exchange that allows providers involved in your care to access some of your UCR Health records to coordinate services for you.

**For Payment.** We may use and disclose Health Information about you so that the treatment and services you receive at UCR Health or from other entities, such as an ambulance company, may be billed to and payment may be collected from you, an insurance company or a third party. For example, we may need to give information to your health plan about surgery or therapy you received at UCR Health so your health plan will pay us or reimburse you for the surgery or therapy. We may also tell your health plan about a proposed treatment to determine whether your plan will pay for the treatment.

**For Health Care Operations.** We may use and disclose Health Information about you for our business operations. For example, your Health Information may be used to review the quality and safety of our services, or for business planning, management and administrative services. We may contact you about alternative treatment options for you or about other benefits or services we provide. We may also use and disclose your health information to an outside company that performs services for us such as accreditation, legal, computer or auditing services. These outside companies are called "business associates" and are required by law to keep your Health Information confidential. We may also disclose information to doctors, nurses, technicians, medical and other students, and other health system personnel for performance improvement and educational purposes.

**Appointment Reminders.** We may contact you to remind you that you have an appointment with a UCR Health provider.

**Fundraising Activities.** We may contact you to provide information about UCR Health sponsored activities, including fundraising programs and events. We may use contact information, such as your name, address and phone number, date of birth, physician name, the outcome of your care, department where you received services and the dates you received treatment or services at UCR Health. You may opt-out of receiving fundraising information for the UCR Health by contacting us at **University of**

**California Riverside School Of Medicine, Compliance Office, 900 University Avenue, Riverside, California 92521.**

**Individuals Involved in Your Care or Payment for Your Care.** We may release medical information to anyone involved in your medical care, e.g., a friend, family member, personal representative, or any individual you identify. We may also give information to someone who helps pay for your care. We may also tell your family or friends about your general condition and that you are in the hospital.

**Disaster Relief Efforts.** We may disclose Health Information about you to an entity assisting in a disaster relief effort so that others can be notified about your condition, status and location.

**Research.** The University of California is a research institution. We may disclose Health Information about you for research purposes, subject to the confidentiality provisions of state and federal law. All research projects involving patients or the information about living patients conducted by the University of California must be approved through a special review process to protect patient safety, welfare and confidentiality.

In addition to disclosing Health Information for research, researchers may contact patients regarding their interest in participating in certain research studies. Researchers may only contact you if they have been given approval to do so by the special review process. You will only become a part of one of these research projects if you agree to do so and sign a specific permission form called an Authorization. When approved through a special review process, other studies may be performed using your Health Information without requiring your authorization. These studies will not affect your treatment or welfare, and your Health Information will continue to be protected.

**As Required By Law.** We will disclose Health Information about you when required to do so by federal or state law.

**To Prevent a Serious Threat to Health or Safety.** We may use and disclose Health Information about you when necessary to prevent or lessen a serious and imminent threat to your health and safety or the health and safety of the public or another person. Any disclosure would be to someone able to help stop or reduce the threat.

**Organ and Tissue Donation.** If you are an organ donor, we may release your Health Information to organizations that obtain, bank or transplant organs, eyes or tissue, as necessary to facilitate organ or tissue donation and transplantation.

**Military and Veterans.** If you are or were a member of the armed forces, we may release Health Information about you to military command authorities as authorized or required by law.

**Workers' Compensation.** We may use or disclose Health Information about you for Workers' Compensation or similar programs as authorized or required by law. These programs provide benefits for work-related injuries or illness.

**Public Health Disclosures.** We may disclose Health Information about you for public health activities such as:

- preventing or controlling disease (such as cancer and tuberculosis), injury or disability;
- reporting vital events such as births and deaths;
- reporting child abuse or neglect;
- reporting adverse events or surveillance related to food, medications or defects or problems with products;
- notifying persons of recalls, repairs or replacements of products they may be using;

- notifying a person who may have been exposed to a disease or may be at risk of contracting or spreading a disease or condition;

**Abuse and Neglect Reporting.** We may disclose your Health Information to a government authority that is permitted by law to receive reports of abuse, neglect or domestic violence.

**Health Oversight Activities.** We may disclose Health Information to governmental, licensing, auditing, and accrediting agencies as authorized or required by law.

**Lawsuits and Other Legal Proceedings.** We may disclose Health Information to courts, attorneys and court employees in the course of conservatorship, writs and certain other judicial or administrative proceedings. We may also disclose Health Information about you in response to a court or administrative order, or in response to a subpoena, discovery request, warrant, or other lawful process.

**Law Enforcement.** If asked to do so by law enforcement, and as authorized or required by law, we may release Health Information:

- To identify or locate a suspect, fugitive, material witness, certain escapees, or missing person;
- About a suspected victim of a crime if, under certain limited circumstances, we are unable to obtain the person's agreement;
- About a death suspected to be the result of criminal conduct;
- About criminal conduct at UCR Health; and
- In case of a medical emergency, to report a crime; the location of the crime or victims; or the identity, description or location of the person who committed the crime.

**Coroners, Medical Examiners and Funeral Directors.** We may disclose medical information to a coroner or medical examiner. This may be necessary, for example, to identify a deceased person or determine cause of death. We may also disclose medical information about patients of UCR Health to funeral directors as necessary to carry out their duties.

**National Security and Intelligence Activities.** As required by law, we may disclose Health Information about you to authorized federal officials for intelligence, counterintelligence, and other national security activities.

**Protective Services for the President and Others.** As required by law, we may disclose Health Information about you to authorized federal officials so they may conduct special investigations or provide protection to the President, other authorized persons or foreign heads of state.

**Inmates.** If you are an inmate of a correctional institution or under the custody of law enforcement officials, we may release Health Information about you to the correctional institution as authorized or required by law.

**Psychotherapy Notes.** *Psychotherapy notes* means notes recorded (in any medium) by a health care provider who is a mental health professional documenting or analyzing the contents of conversation during a private counseling session or a group, joint, or family counseling session and that are separated from the rest of the individual's medical record.

Psychotherapy notes have additional protections under federal law and most uses or disclosures of psychotherapy require your written authorization.

**Marketing or Sale of Health Information.** Most uses and disclosures of your Health Information for marketing purposes or any sale of your Health Information would require your written authorization.

## **OTHER USES AND DISCLOSURES OF HEALTH INFORMATION**

Other uses and disclosures of Health Information not covered by this Notice will be made only with your written authorization. If you authorize us to use or disclose your Health Information, you may revoke that authorization, in writing, at any time. However, the revocation will not be effective for information that we have already used and disclosed in reliance on the authorization.

## **YOUR RIGHTS REGARDING YOUR HEALTH INFORMATION**

**Your Health Information is the property of UCR Health. You have the following rights regarding the Health Information we maintain about you:**

**Right to Inspect and Copy.** With certain exceptions, you have the right to inspect and/or receive a copy of your Health Information. If we have the information in electronic format then you have the right to get your Health Information in electronic format if it is possible for us to do so. If not, we will work with you to agree on a way for you to get the information electronically or as a paper copy.

To inspect and/or to receive a copy of your Health Information, you must submit your request in writing to **University of California Riverside School of Medicine, Compliance Office, 900 University Avenue, Riverside, California 92521** If you request a copy of the information, there is a fee for these services.

We may deny your request to inspect and/or to receive a copy in certain limited circumstances. If you are denied access to Health Information, in most cases, you may have the denial reviewed. Another licensed health care professional chosen by UCR Health will review your request and the denial. The person conducting the review will not be the person who denied your request. We will comply with the outcome of the review.

**Right to Request an Amendment or Addendum.** If you feel that Health Information we have about you is incorrect or incomplete, you may ask us to amend the information or add an addendum (addition to the record). You have the right to request an amendment or addendum for as long as the information is kept by or for UCR Health.



**Amendment.** To request an amendment, your request must be made in writing and submitted to the **University of California Riverside School of Medicine, Compliance Office, 900 University Avenue, Riverside, California 92521**. You must be specific about the information that you believe to be incorrect or incomplete and you must provide a reason that support the request.

We may deny your request for an amendment if it is not in writing, we cannot determine from the request the information you are asking to be changed or corrected or your request does not include a reason to support the change or addition. In addition, we may deny your request if you ask us to amend information that:

- Was not created by UCR Health
- Is not part of the Health Information kept by or for UCR Health;
- Is not part of the information which you would be permitted to inspect and copy; or
- UCR Health believes to be accurate and complete.

**Addendum.** To submit an addendum, the addendum must be made in writing and submitted to the **University of California Riverside School of Medicine, Compliance Office, 900 University Avenue, Riverside, California 92521**. An addendum must not be longer than 250 words per alleged incomplete or incorrect item in your record.

**Right to an Accounting of Disclosures.** You have the right to receive a list of certain disclosures we have made of your Health Information.

To request this accounting of disclosures, you must submit your request in writing to the **University of California Riverside School of Medicine, Compliance Office, 900 University Avenue, Riverside, California 92521**. Your request must state a time period that may not be longer than the six previous years. You are entitled to one accounting within any 12-month period at no cost. If you request a second accounting within that 12-month period, there will be a charge for the cost of compiling the accounting. We will notify you of the cost involved and you may choose to withdraw or modify your request at that time before any costs are incurred.

**Right to Request Restrictions.** You have the right to request a restriction or limitation on the Health Information we use or disclose about you for treatment, payment or health care operations. You also have the right to request a limit on the Health Information we disclose about you to someone who is involved in your care or the payment for your care, such as a family member or friend.

To request a restriction, you must make your request in writing to the **University of California Riverside School of Medicine, Compliance Office, 900 University Avenue, Riverside, California 92521**. 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, for example, only to you and your spouse. *We are not required to agree to your request* except in the limited circumstance described below. If we do agree, our agreement must be in writing, and we will comply with your request unless the information is needed to provide you emergency care.

We are required to agree to a request not to share your information with your health plan if the following conditions are met:

1. We are not otherwise required by law to share the information
2. The information would be shared with your insurance company for payment purposes;
3. You pay the entire amount due for the health care item or service out of your own pocket or someone else pays the entire amount for you.

**Right to Request Confidential Communications.** You have the right to request that we communicate with you about your Health Information in a certain way or at a certain location. For example, you may ask that we contact you only at home or only by mail.

To request confidential medical communications, you must make your request in writing to the **University of California Riverside School of Medicine, Compliance Office, 900 University Avenue, Riverside, California 92521**. We will accommodate all reasonable requests. Your request must specify how or where you wish to be contacted.

**Right to a Paper Copy of This Notice.** You have the right to a paper copy of this Notice. You may ask us to give you a copy of this Notice at any time. Even if you have agreed to receive this Notice electronically, you are still entitled to a paper copy of this Notice.

Copies of this Notice are available throughout UCR Health, or you may obtain a copy at our website, [www.ucrhealth.org](http://www.ucrhealth.org)

**Right to be Notified of a Breach.** You have the right to be notified if we or one of our Business Associates discovers a breach of unsecured Health information about you.

## **CHANGES TO UCR HEALTH'S PRIVACY PRACTICES AND THIS NOTICE**

We reserve the right to change UCR Health's privacy practices and this Notice. We reserve the right to make the revised or changed Notice effective for 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 throughout UCR Health. In addition, at any time you may request a copy of the current Notice in effect.

## **QUESTIONS OR COMPLAINTS**

If you have any questions about this Notice, please contact **University of California Riverside School of Medicine, Compliance Office, 900 University Avenue, Riverside, California 92521**.

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with UCR Health or with the Secretary of the Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. To file a written complaint with UCR Health contact: **University of California Riverside School of Medicine,**

**Policy Number: 950-02-001**

**Compliance Office, 900 University Avenue, Riverside, California 92521.** You will not be penalized for filing a complaint.

**Effective Date: September 23, 2013**

Attachment B

**ACKNOWLEDGEMENT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

The UCR Health Notice of Privacy Practices provides information about how we may use and disclose protected health information about you.

In addition to the copy we will provide you, copies of the current notice are available by accessing our website at [www.ucrhealth.org](http://www.ucrhealth.org) and may be obtained throughout University of California Riverside Health.

I acknowledge that I have received the Notice of Privacy Practices.

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Patient's Representative

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Print Name

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient

\_\_\_\_\_  
Interpreter (if applicable)

UCR-1011 (3/31/16)

Patient I.D.



**ACKNOWLEDGEMENT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

CHART – WHITE

PATIENT - CANARY

## Attachment C

Fecha efectiva: 23 de septiembre de 2013

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD****UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA RIVERSIDE**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED PODRÍA UTILIZARSE Y DIVULGARSE, Y CÓMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**

**LÉALO DETENIDAMENTE.**

**UCR HEALTH**

UCR Health es uno de los componentes de la atención médica de la Universidad de California. La atención médica de la Universidad de California está integrada por los centros médicos de UC, los grupos médicos, clínicas y consultas médicas de UC, los departamentos de las escuelas profesionales del Campus de UC dedicados al cuidado clínico, las áreas de servicios de salud para estudiantes en algunos recintos universitarios, las unidades de salud para empleados en algunos recintos universitarios, y las unidades administrativas y operativas que forman parte de los componentes de la atención médica de la Universidad de California.

**NUESTRA PROMESA CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD**

UCR Health ha asumido el compromiso de proteger la información médica, de salud mental y personal sobre usted (“Información de salud”). Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su Información de salud, a proporcionarle información sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad, y a informarle de sus derechos y de las formas en que podríamos utilizar la Información de salud y divulgarla a otras entidades y personas.

**CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED**

En las siguientes secciones se describen diferentes formas en que podríamos usar y divulgar su Información de salud. Parte de esta información, como cierta información sobre drogas y alcohol, información sobre el VIH, información genética e información sobre salud mental, puede acogerse a restricciones especiales relacionadas con su uso y divulgación. Esta no es una lista exhaustiva de todos los usos y divulgaciones. No obstante, todas las formas en que estamos autorizados a usar y divulgar información, se clasificarán bajo una de las siguientes categorías. Para otros usos y divulgaciones no descritos en este Aviso necesitaremos su autorización por escrito.

**Para tratamiento.** Podemos utilizar Información de salud sobre usted para proporcionarle tratamiento

de servicios médicos y de salud mental. Podemos divulgar Información de salud sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes u otro personal del sistema de salud, involucrados en su cuidado en el sistema de salud. Por ejemplo, es posible que un médico que le trate por una fractura en la pierna necesite saber si tiene diabetes, porque la diabetes puede retrasar el proceso de cicatrización. Un médico que le trate por una condición mental podría necesitar saber qué medicamentos está tomando actualmente, ya que estos podrían limitar qué otros medicamentos se le pueden prescribir. Podemos también compartir Información de salud sobre usted con otros proveedores que no forman parte del Sistema de Salud del Campus de UC. La divulgación de su Información de salud a proveedores que no forman parte de UCR Health podría realizarse electrónicamente a través de un intercambio de información de salud que permita a los proveedores involucrados en su cuidado acceder a algunos de sus expedientes médicos en UCR Health para coordinar los servicios para usted.

**Para pagos.** Podemos utilizar y divulgar Información de salud sobre usted de manera que el tratamiento y los servicios que reciba en UCR Health o de otras entidades, como una empresa de ambulancias, puedan facturarse y cobrarsele a usted, una compañía de seguro o un tercero. Por ejemplo, puede que tengamos que dar información a su plan de salud acerca de la intervención quirúrgica o el tratamiento que recibió en UCR Health para que su plan de salud nos pague a nosotros o le reembolsen a usted dicha intervención quirúrgica o tratamiento. Podemos también informar a su plan de salud de un tratamiento propuesto para determinar si su plan pagará por él tratamiento.

**Para operaciones comerciales de asistencia sanitaria.** Podemos utilizar y divulgar Información de salud sobre usted para nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, su Información de salud podría utilizarse para examinar la calidad y seguridad de nuestros servicios, o para servicios de planificación empresarial, de gestión y administrativos. Podemos ponernos en contacto con usted para hablarle de opciones alternativas de tratamiento para usted o de otros beneficios o servicios que ofrecemos. Podemos también utilizar y divulgar su Información de salud a una compañía independiente que realiza servicios para nosotros, como servicios de acreditación, jurídicos, informáticos o de auditoría. Estas compañías independientes se llaman “socios comerciales” y están obligados por ley a respetar la confidencialidad de su Información de salud. Podemos también divulgar información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes médicos y de otro tipo, y otro personal del sistema de salud para fines educativos y de mejora del desempeño.

**Recordatorios de citas.** Podemos ponernos en contacto con usted para recordarle que tiene una cita en el Sistema de Salud del Campus de UC.

**Actividades de recaudación de fondos.** Podemos ponernos en contacto con usted para proporcionarle información sobre actividades patrocinadas por UCR Health incluido programas y eventos para la recaudación de fondos. Podemos utilizar información de contacto, como su nombre, dirección y número de teléfono, la fecha de nacimiento, el nombre del médico, el resultado de la atención médica que recibió, el departamento donde recibió servicios y las fechas en que recibió tratamiento o servicios en el Sistema de Salud del Campus de UC. Si no desea recibir información sobre recaudación de fondos para UCR Health póngase en contacto con **Correspondencia de Salud de la Universidad de Riverside California Escuela de Medicina, Oficina de Cumplimiento, 900 University Avenue, Riverside, California 92521.**

**Individuos involucrados en su atención o en el pago de ella.** Podemos divulgar información médica a cualquier persona involucrada en su atención médica; por ejemplo, un amigo, familiar,

representante personal o cualquier individuo que usted identifique. Podemos también dar información a alguien que ayude a pagar por su atención. Podemos también informar a su familia o amigos de su estado general y decirles que está en el hospital.

**Operaciones de auxilio a víctimas de una catástrofe.** Podemos divulgar Información de salud sobre usted a una entidad que preste servicios de asistencia en operaciones de auxilio a víctimas de una catástrofe de manera que pueda notificarse a otros sobre su estado, condición y lugar.

**Investigación.** La Universidad de California es una institución dedicada a la investigación. Podemos divulgar Información de salud sobre usted para fines de investigación, sujeto a las provisiones de confidencialidad de las leyes estatales y federales. Todos los proyectos de investigación que involucren a pacientes o la información sobre pacientes vivos realizados por la Universidad de California deben aprobarse a través de un proceso de revisión especial para proteger la seguridad, el bienestar y la confidencialidad de los pacientes.

Además de divulgar Información de salud para fines de investigación, los investigadores pueden contactar los pacientes para ver si tienen interés en participar en ciertos estudios de investigación. Los investigadores solamente pueden contactarle si están autorizados a hacerlo en virtud del proceso de revisión especial. Usted solo pasará a formar parte de uno de estos proyectos de investigación si acepta hacerlo y firma un formulario de permiso específico llamado una Autorización. Cuando estén aprobados a través de un proceso de revisión especial, podrían realizarse otros estudios que utilicen su Información de salud sin que se necesite su autorización. Estos estudios no interferirán con su tratamiento o bienestar, y su Información de salud seguirá estando protegida.

**Según lo requiera la ley.** Divulgaremos Información de salud sobre usted cuando así lo requieran las leyes federales o estatales.

**Para prevenir una amenaza seria a la salud o a la seguridad.** Podemos utilizar y divulgar Información de salud sobre usted cuando sea necesario para prevenir o reducir una amenaza grave o inminente para su salud y seguridad, o para la salud y seguridad del público o de otra persona. Cualquier divulgación se hará a alguien que esté en condiciones de ayudar a detener o reducir la amenaza.

**Donación de órganos y tejidos.** Si usted es donante de órganos, podemos divulgar su Información de salud a organizaciones dedicadas a la obtención, depósito (bancos) o trasplante de órganos, ojos o tejidos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

**Militares y excombatientes.** Si usted es o fue miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar Información de salud sobre usted a las autoridades del mando militar según lo autorice o requiera la ley.

**Indemnización por accidentes laborales.** Podemos divulgar Información de salud sobre usted para la indemnización por accidentes laborales (compensación de trabajadores) o programas similares según lo autorice o requiera la ley. Estos programas proporcionan beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**Divulgaciones de salud pública.** Podemos divulgar Información de salud sobre usted para actividades relacionadas con la salud pública como:

- prevenir y controlar enfermedades (como cáncer y tuberculosis), lesiones o discapacidades;
- notificar eventos vitales, como nacimientos y defunciones;
- notificar casos de abuso y negligencia infantiles;
- notificar acontecimientos adversos o vigilancia relacionada con alimentos, medicamentos, o defectos o problemas con productos;
- notificar a personas de la retirada del mercado, reparaciones o sustituciones de productos que puedan estar usando;
- notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o que podría tener riesgo de contraer o diseminar una enfermedad o condición;

**Informes de abuso y negligencia.** Podemos divulgar su Información de salud a una autoridad gubernamental que esté autorizada por ley a recibir informes de abuso, negligencia o violencia doméstica.

**Actividades de supervisión de la salud.** Podemos divulgar Información de salud a agencias gubernamentales, licenciatarias, auditoras y acreditadoras, según lo autorice o requiera la ley.

**Demandas y otros procesos legales.** Podemos divulgar Información de salud a tribunales, abogados y empleados del sistema judicial. Podemos también divulgar Información de salud sobre usted en respuesta a una resolución judicial o administrativa, o en respuesta a una citación, solicitud de inspección, orden judicial u otro proceso legal.

**Aplicación de la ley.** Si se nos pide por razón de aplicación de la ley, y según lo autorice o requiera la ley, podemos divulgar Información de salud:

- Para identificar o localizar un sospechoso, fugitivo, testigo material, ciertos prófugos o una persona desaparecida;
- Sobre una posible víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona;
- Sobre una muerte que se sospeche que es consecuencia de una conducta criminal;
- Sobre una conducta criminal en el Sistema de Salud del Campus de UC; y
- En caso de una emergencia médica, para informar de un crimen, el lugar del crimen o las víctimas, o la identidad, descripción o paradero de la persona que cometió del crimen.

**Médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerarias.** Podemos divulgar información médica a un médico forense o examinador médico. Esto podría ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la defunción. Podemos también divulgar información médica sobre pacientes de UCR Health a directores de funerarias según sea necesario para que cumplan con sus responsabilidades.

**Actividades de inteligencia y seguridad nacional.** Según lo requerido por la ley, podemos divulgar

Información de salud sobre usted a oficiales federales autorizados para servicios de inteligencia y contrainteligencia, y para otras actividades de seguridad nacional.

**Servicios de protección para el Presidente y otros.** Según lo requerido por la ley, podemos divulgar Información de salud sobre usted a oficiales federales autorizados para que puedan realizar investigaciones especiales o proporcionar protección al Presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros.

**Presos.** Si usted es un preso en una institución penitenciaria o está bajo la custodia de agentes de la autoridad o funcionarios de policía, podemos divulgar Información de salud sobre usted a la institución penitenciaria según lo autorice o requiera la ley.

**Notas psicoterapéuticas.** Las *notas psicoterapéuticas* son notas grabadas (en cualquier medio) por un proveedor de atención médica que es un profesional de salud mental, documentando o analizando el contenido de una conversación durante una sesión de psicoterapia privada o una sesión de psicoterapia en grupo, conjunta o familiar, y que se mantienen separadas del expediente médico del individuo. Las notas psicoterapéuticas tienen protección adicional bajo la legislación federal y la mayor parte de los usos o divulgaciones de información psicoterapéutica requieren de su autorización por escrito.

**Marketing o venta de Información de salud.** La mayor parte de los usos y divulgaciones de su Información de salud para fines de marketing o cualquier venta de su Información de salud requerirá de su autorización por escrito.

## **OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD**

Los otros usos y divulgaciones de Información de salud no escritos en este Aviso están sujetos a su autorización por escrito y solo se realizarán si se cuenta con dicha autorización. Si usted nos autoriza a utilizar o divulgar su Información de salud, puede revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento. Sin embargo, la revocación no será efectiva para información que ya hayamos utilizado y divulgado con base en la autorización.

## **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD**

**Su Información de salud es la propiedad del Sistema de Salud del Campus de UC. Tiene los siguientes derechos en relación con la Información de salud que mantenemos sobre usted:**

**Derecho de examen y copias.** Salvo ciertas excepciones, tiene derecho a examinar y a recibir una copia de su Información de salud. Si tenemos la información en formato electrónico, tiene derecho a recibir su Información de salud en formato electrónico si contamos con los recursos para hacerlo. Si no, acordaremos con usted una forma para que reciba la información bien electrónicamente o bien como copia impresa.

Para examinar o recibir una copia de su Información de salud, debe enviar su solicitud por escrito al **Universidad de Riverside California Escuela de Medicina, Oficina de Cumplimiento, 900 University Avenue, Riverside, California 92521.**

Si solicita una copia de la información, tendrá que abonar la tarifa por este servicio



En ciertas circunstancias limitadas podemos denegar su solicitud de examinar o de recibir una copia. Si se le deniega el acceso a la Información de salud, en la mayoría de los casos, podrá solicitar que se revise la denegación. Otro profesional sanitario licenciado elegido por UCR Health revisará su solicitud y la denegación. La persona que realiza la revisión no será la persona que denegó su solicitud. Acataremos el resultado de la revisión.

**Derecho a solicitar una enmienda o una adenda.** Si cree que la Información de salud que tenemos sobre usted no es correcta o es incompleta, puede pedirnos que enmendemos la información o que agreguemos una adenda (adición al expediente médico). Tiene derecho a solicitar una enmienda o adición en tanto y cuanto que la información sea mantenida por o para el Sistema de Salud del Campus de UC.

**Enmienda.** Para solicitar una enmienda, debe realizar su solicitud por escrito y enviarla al **Universidad de Riverside California Escuela de Medicina, Oficina de Cumplimiento, 900 University Avenue, Riverside, California 92521.**

Debe indicar con precisión la información que cree que no es correcta o que está incompleta, y debe aportar una razón que respalde la solicitud.

Nosotros podemos denegar su solicitud de una enmienda si no la hace por escrito, si no podemos determinar a partir de la solicitud qué tipo de información solicita que se cambie o corrija, o si su solicitud no incluye una razón que justifique el cambio o la adición. Además, podemos denegar su solicitud si nos pide enmendar información que:

- No fue creada por el Sistema de Salud del Campus de UC.
- No forma parte de la Información de salud mantenida por o para el Sistema de Salud del Campus de UC;
- No forma parte de la información que usted está autorizado a examinar y copiar;  
o
- UCR Health cree que es exacta y que está completa.

**Adenda.** Para solicitar una adición, debe hacerlo por escrito y enviarla al **Universidad de Riverside California Escuela de Medicina, Oficina de Cumplimiento, 900 University Avenue, Riverside, California 92521.** Una adición no debe tener más de 250 palabras por punto supuestamente incompleta o incorrecta en su expediente médico.

**Derecho a recibir un detalle de las divulgaciones.** Tiene derecho a recibir una lista de ciertas divulgaciones que hemos hecho de su Información de salud.

Para solicitar este detalle de las divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito al **Universidad de Riverside California Escuela de Medicina, Oficina de Cumplimiento, 900 University Avenue, Riverside, California 92521.**

Su solicitud debe especificar un período de tiempo que no puede ser superior a los seis años anteriores. Tiene derecho a recibir un detalle gratuito por cada período de 12 meses. Si solicita un segundo detalle dentro de un mismo período de 12 meses, se aplicará una tasa por el trabajo de compilar el detalle. Le notificaremos de la tasa aplicada y usted podrá retirar o modificar la solicitud en ese momento, antes de incurrir en ningún gasto.

**Derecho a solicitar restricciones.** Tiene derecho a solicitar que se imponga una restricción o limitación en la Información de salud que utilizamos o divulgamos sobre usted para operaciones relacionadas con el tratamiento, el pago o la atención médica. Tiene también derecho a solicitar que se imponga un límite en la Información de salud que divulgamos sobre usted a alguien que esté implicado en su atención o en el pago por su atención, como un familiar o un amigo.

Para solicitar una restricción, debe enviar su solicitud por escrito al **Universidad de Riverside California Escuela de Medicina, Oficina de Cumplimiento, 900 University Avenue, Riverside, California 92521**. En su solicitud, debe decirnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quiénes desea aplicar los límites (por ejemplo, solo a usted y su cónyuge). *No estamos obligados a aceptar su solicitud salvo en la circunstancia limitada descrita a continuación*. Si aceptamos, nuestro acuerdo debe ser por escrito, y cumpliremos su solicitud a menos que la información se necesite para proporcionarle atención médica de urgencia.

Estamos obligados a aceptar su solicitud de no compartir su información con su plan de salud si se cumplen las condiciones siguientes:

1. No estamos obligados de ninguna otra forma por ley a compartir la información
2. La información se compartiría con su compañía de seguro para fines de pago
3. Usted paga el importe total adeudado por la atención médica o el servicio de su propio bolsillo o alguien paga el importe total por usted.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su Información de salud en una forma determinada o en una dirección o lugar determinados. Por ejemplo, podría pedir que nos pongamos en contacto con usted solo en casa o solo a través de correo electrónico.

Para solicitar comunicaciones médicas confidenciales, debe enviar su solicitud por escrito al **Universidad de Riverside California Escuela de Medicina, Oficina de Cumplimiento, 900 University Avenue, Riverside, California 92521**.

Responderemos a todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que se le contacte.

**Derecho a una copia impresa de este aviso.** Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede pedirnos una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Aunque haya aceptado recibir este aviso electrónicamente, sigue teniendo derecho a una copia impresa de él.

Hay copias de este aviso a disposición de los interesados a través del Sistema de Salud del Campus de UC; o puede obtener una copia en nuestro sitio web, **[www.ucrhealth.org](http://www.ucrhealth.org)**

**Derecho a ser notificado de una violación de la seguridad.** Tiene derecho a ser notificado si nosotros o uno de nuestros socios comerciales descubre una violación de la seguridad de la Información de salud no protegida sobre usted.

**CAMBIOS A LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL SISTEMA DE SALUD DEL CAMPUS DE UC Y A ESTE AVISO**

Nos reservamos el derecho de cambiar las prácticas de privacidad de UCR Health y este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer que el aviso revisado o modificado sea efectivo para la Información de salud que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual a través del Sistema de Salud del Campus de UC. Además, en cualquier momento puede solicitar una copia del aviso vigente actualmente.

## **PREGUNTAS O QUEJAS**

Si tiene preguntas sobre este aviso, póngase en contacto con **Correspondencia de Salud de la Universidad de Riverside California Escuela de Medicina, Oficina de Cumplimiento, 900 University Avenue, Riverside, California 92521.**

Si cree que sus derechos de privacidad han sido quebrantados, puede presentar una queja al Sistema de Salud del Campus de UC o a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles. Para presentar una queja por escrito al Sistema de Salud del Campus de UC, póngase en contacto con: **Universidad de Riverside California Escuela de Medicina, Oficina de Cumplimiento, 900 University Avenue, Riverside, California 92521.**

No se le penalizará por presentar una queja.

Attachment D

**ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

El Aviso de las prácticas de privacidad del University of California Riverside Health aporta información acerca de cómo podemos usar y divulgar información protegida sobre su salud.

Además de la copia que le entregamos, tiene a su disposición copias del aviso actual en nuestro sitio Web [www.ucrhealth.org](http://www.ucrhealth.org) o a través del University of California Riverside Health.

Reconozco haber recibido el Aviso de las prácticas de privacidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba su nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el paciente

\_\_\_\_\_  
Intérprete (si corresponde)

UCR-1011 (3/31/16)

Patient addressograph or label



**ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Page 1 of 1

CHART – WHITE

PATIENT - CANARY

**Policy Number: 950-02-001**