

# HOW TO FILL OUT PATIENT FORM

## If You Are Using a Computer (RECOMMENDED)

1. Click the RCCHC PHI form link provided on our website page. The form will open in your browser (Safari, Chrome, etc.).
2. Click and fill in each field to enter your information. If there are checkboxes or multiple-choice questions, click to select your answer.
3. Scroll down to ensure you complete all sections.
4. Click the download button to save the completed form to your desktop

*Tip: The download button looks like this* 

5. Send the completed document to: [newpatientinfo-noreply@rcchc.org](mailto:newpatientinfo-noreply@rcchc.org)

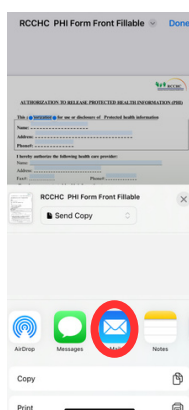
## If You Are Using a iPhone:

1. Click the form link provided on our website.
2. The form will open in a new web browser tab.
3. Click into each field and type your information using your keyboard.
4. For multiple-choice or checkbox questions, click to select your answer.
5. Scroll down the form to complete all sections.
6. Click on the download button



*Tip: The download button on mobile will look like this*

7. Click on the "Mail" option



8. Send your completed form to: [newpatientinfo-noreply@rcchc.org](mailto:newpatientinfo-noreply@rcchc.org)

## If You Are Using an Android Phone:

1. Click the form link provided on our website.
2. The form will open in a new web browser tab.
3. Click into each field and type your information using your keyboard.
4. For multiple-choice or checkbox questions, click to select your answer.
5. Scroll down the form to complete all sections.
6. Click on the download button

*Tip: The download button on mobile will look like this* 

7. Go to your "Files" app

*Tip: The Files app will look like this*



8. Locate your completed form and email the document to [newpatientinfo-noreply@rcchc.org](mailto:newpatientinfo-noreply@rcchc.org)

## **AUTHORIZATION TO RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)**

**This authorization is for use or disclosure of Protected health information**

**Name:** - - - - -

**Address:** - - - - -

**Phone#:** - - - - -

**I hereby authorize the following health care provider:**

Name: \_\_\_\_\_

Address: - - - - -

Fax#: - - - - -

Phone#: - - - - -

**To release my protected health information to:**

Roanoke Chowan Community Health Center

120 Health Center Drive, Ahoskie NC 27910

Phone Number 252-332-3548

Fax# 1-833-813-3471

### **Purpose of disclosure:**

- ☐ Changing Physicians ☐ Continuing Care ☐ At my (patient) request ☐ Workers' Compensation ☐ Legal  
☐ Second Opinion ☐ Insurance ☐ School ☐ Other - - - - -

### **Protected health information to be released:**

- ☐ Medical records (specify, can state "all"): \_\_\_\_\_  
☐ Billing records ☐ DX-ray report ☐ Consultation report ☐ Other \_\_\_\_\_  
Time frame: ☐ entire record ☐ records from \_\_\_\_\_ (date) to \_\_\_\_\_ (date)

**Your specific permission is required to disclose information regarding the following:**

***Check box and sign to specify protected health information to be disclosed***

- ☐ Treatment by Mental Health Professional or Program \_\_\_\_\_

*[Note to practice: this includes records generated at a mental health agency/facility or by a psychiatrist, clinical nurse specialist, social worker or psychologist; records created by other physicians do not require specific authorization]*

- ☐ Drug/Alcohol Abuse \_\_\_\_\_

*[Note to practice: this includes records generated by medical personnel whose primary function is providing alcohol or drug abuse diagnosis, treatment, or referral and who are identified as such providers, not general care providers]*

- ☐ HIV Test Results or Status - - - - -

## Roanoke Chowan Community Health Center

**Expiration:** This authorization becomes effective immediately and shall expire on: \_\_\_\_\_.  
If no date is given, this authorization is valid for **24 months** from signature date.

- I understand that I am not required to sign this form and Roanoke Chowan Community Health Center will not condition treatment, payment for services, or eligibility for services on whether I sign this form.
- I understand that PHI released pursuant to this authorization may include records generated by another healthcare provider or facility.
- I understand that I have the right to withdraw my authorization at any time except to the extent that action has been taken in reliance on this authorization. I understand that if I revoke this authorization, I must do so in writing and present my written revocation to the Privacy Officer at *Roanoke Chowan Community Health Center, 120 Health Center Drive Ahoskie, NC 27910*.
- I understand that PHI used or disclosed pursuant to this authorization may be re-disclosed by the recipient and no longer be protected by confidentiality laws.
- I understand that PHI that includes alcohol or drug program information protected by federal law will require notice to the person receiving the information that it may not be shown to or shared with others without my express written permission.
- I understand that I have a right to receive a copy of this authorization.

**Signed:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Print name:** \_\_\_\_\_

If signed by other than patient, description of legal authority to act for the individual:

\_\_\_\_\_



## **Patient Rights and Responsibilities**

### *You have the right to:*

1. Be treated with courtesy, dignity and respect.
2. Know the name of doctors, nurses and other people caring for you.
3. Be told by your care givers what your condition is, what treatment they recommend, how they expect your condition to change, and what follow up care is needed.
4. Know the reason for giving you various tests and treatments and the names of the persons giving them to you.
5. Know the benefits, risks and discomforts of any procedure or treatment recommended for you.
6. Refuse to sign a consent form until you understand it.
7. Cross out any part of the consent form that you do not want applied to your care.
8. Refuse treatment and to know medical results of your refusal.
9. Change your mind before undergoing a procedure for which you have given your consent.
10. An explanation of all papers our staff asks you to sign.
11. Expect that staff will respect your personal privacy to the fullest extent allowed by the care you need.
12. Expect that records related to your care remain confidential.
13. Arrange for a meeting with another provider or a second opinion.
14. Arrange to change medical provider
15. The services that are necessary for your care without regard to race, color, creed, national origin, age, sex, sexual preference, political party, religion or disability.
16. Refuse to participate in research projects.
17. Examine and receive an explanation of all charges.
18. Express spiritual and cultural beliefs that do not harm others or interfere with their care.

### *You have the responsibility to:*

1. Treat others with courtesy, dignity and respect.
2. Give, upon request, necessary records for registrations, billing, ability to pay, and authority to consent.
3. Give correct and complete information about your present symptoms, past illnesses, other times that you have been in the hospital, medicine you are taking and other questions about your health.
4. Ask questions if you do not understand papers you are asked to sign or information given to you.
5. Take part in your care.
6. Keep your appointments and be on time.
7. Pay your co-pay to the best of your ability.
8. Tell your caregivers when you are not pleased with your care.
9. Accept the results if you refuse treatment or do not follow the caregiver's instructions.
10. Consider the rights of other patients and staff and to help control noise.

## Roanoke Chowan Community Health Center, Inc. Sliding Fee Application

### Explanation of the Sliding Fee Discount Program

The Sliding Fee Discount Program is a federal program that permits Roanoke Chowan Community Health Center to discount normal charges for medical, dental and pharmacy visits. According to law, it requires two pieces of information in order to qualify: the amount of income in the household and the number of people who live in the household. In order to be eligible for the Sliding Fee Scale, you must provide accurate and acceptable proof of income as well as list all persons in the household. These forms of documentation must be presented upon applying for the Sliding Fee Discount Program. Failure to provide such documentation in a timely manner will cause a delay in processing your application and you will be responsible for 100% of all charges including any lab work performed. You must report any changes in family income or number of member in the household when these changes occur. Falsification of this information will result in forfeiture of the Sliding Fee Scale privileges and possible release from the practice as it is a violation of Federal Law.

### Eligibility

All RCCHC patients are eligible to apply for the slide. Determination of the discount, if any, is dependent upon household income and household size in comparison to the current Federal Poverty Guidelines. This discount may apply to insurance / Medicare copays and Medicaid Family Planning non-covered services.

### Term

Information must be updated every twelve (12) months or with any change of household income or household size.

### Definitions and Examples of Acceptable Proof Required

#### Income determination

1. Income is based on the **gross income** of all household members earning income.
  - Income used to compute poverty status:
    - Includes earnings, unemployment compensation, workers' compensation, Social Security, Supplemental Income, public assistance, veterans' payments, survivor benefits, pension or retirement income, interest, dividends, rents, royalties', income from estates, trust, educational assistance, alimony, child support, assistance from outside the household and other miscellaneous sources.
2. Acceptable forms of proof for determining income include the following:
  - a. **Income tax return:** A signed copy of the most recent tax return showing Adjusted Gross Income.
  - b. **Pay check stubs:** Two or more consecutive pay stubs indicating gross pay within the past thirty (30) days
  - c. **W2 forms (no handwritten ones accepted).**
  - d. **Agency letter:** A letter from the Social Security Administration, Veterans Administration, or Social Service Agency (i.e., FNS, food stamps)
  - e. **Unemployment Verification:** Paperwork from the Employment Securities Commission (ESC) proving unemployment status and the amount of compensation being received.
  - f. **Court Documents:** Official documents citing child support or alimony an awarded by a judge.
  - g. **Official Paperwork:** Paperwork documenting retirement, disability, SSI benefits.
  - h. **Employer Letter:** For those not receiving an actual paycheck, a letter from the patient's employer detailing current gross income and frequency of pay period may be accepted. Contact information must be provided so that information can be verified.

#### Household size determination:

1. All members of a household who are pooling financial resources including room and board and/or are supporting one another financially are counted as one household.
2. Household size can be documented with any of the following:
  - a. A copy of the most recent tax return showing household size.
  - b. Social Security Card
  - c. Birth Certificate
  - d. Medicaid cards for any dependent children
  - e. Driver's License or State ID's

Roanoke Chowan Community Health Center, Inc.

MRN#

**Eligibility Determination****TO BE COMPLETED BY PATIENT, GUARDIAN: Please complete ALL your family information below:**

| Name | Family relation | DOB | SSN # |
|------|-----------------|-----|-------|
|      |                 |     |       |
|      |                 |     |       |
|      |                 |     |       |
|      |                 |     |       |
|      |                 |     |       |
|      |                 |     |       |

**\*\*\*\*Documentation must be provided by patient or guardian to determine eligibility for Sliding Fee Scale\*\*\*\***

I understand that the information I provide on this form is subject to verification by Roanoke Chowan Community Health Center. I certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge and agree to notify the health center of any changes in my income, insurance or any other factors used to determine my eligibility status for benefits or donation programs. I understand and agree to adhere to all terms and conditions of the Sliding Fee Discount Program. I understand the health center may release any information to program administrators for audit purposes to verify my eligibility for assistance or donation programs.

Patient/Guardian Signature

Date

Printed Name

Date

..... (DO NOT write below this line. To be completed by RCCHC) .....

| Acceptable Income Documentation<br>[Enter (√) if verified and obtained]                                                                                                                                                                                                                                      | Calculated Amount Association with Documentation |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Current Federal Tax return (Required unless exempt by IRS)                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  |
| Last 30 days paycheck stubs (Paycheck stubs must be dated within the last 30 days, must have employer name, employee name and/or social security number, time frame of payment (number of hours worked per period) and rate of pay. If hours worked and amounts vary an average will be taken for the month. |                                                  |
| Company letter stating annual earnings (Letter must contain a contact person and phone number for contact. This form of proof must be verified by the Patient Account Representative.                                                                                                                        |                                                  |
| Official Letters/ Documents from Social Security, Courts, Child Support, ESC, ETC.                                                                                                                                                                                                                           |                                                  |
| <b>Total Income Amount</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                  |

|                                                                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Total Number of Family Members Applying for the Sliding Fee Program</b> |  |
|----------------------------------------------------------------------------|--|

| Qualified Poverty Percentage | Medical Slide Category | Dental Slide Category | Slide Effective Date | Slide Termination Date |
|------------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------|------------------------|
|                              |                        |                       |                      |                        |

Patient Account Representative Signature

Date

Reviewed and Approved by

Date

If you need to be referred to a specialist can someone from our Hertford Health Access program contact you about your eligibility and help paying for that doctor's bill? Yes / No

# **Roanoke Chowan Community Health Center**

## **NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

(Revised 03/14/2023)

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.

This Notice is being provided to you as a requirement of a federal law, the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). Under HIPAA, Roanoke Chowan Community Health Center (RCCHC) has a legal duty to safeguard your protected health information (PHI). Your “protected health information” or “PHI” means any written, electronic and oral health information, including demographic data that can be used to identify you. This is health information that is created or received by your health care provider and that relates to your past, present or future physical or mental health condition. PHI may include information such as your name, contact information, payment information regarding for health care products or services, and prescriptions.

This Notice describes how RCCHC may use and/or disclose your PHI under HIPAA for purposes of providing treatment, obtaining payment for treatment and conducting health care operations. Your PHI may be used and/or disclosed only for these purposes unless RCCHC has obtained your authorization or the HIPAA privacy regulations or state law otherwise permits the use or disclosure of your information. We have included some examples, but we have not listed every permissible use or disclosure. When using or disclosing PHI or requesting your PHI from another source, we will make reasonable efforts to limit our use, disclosure, or request about your PHI to the minimum we need to accomplish our intended purpose.

This Notice also describes your rights regarding your PHI in some cases.

We reserve the right to change the terms of this Notice at any time. If we make an important change to the policies described in this Notice, we will promptly change this Notice and post a revised Notice in our offices. You can also request a copy of this Notice from our contact person (see Section VIII; Contact Person).

IF YOU NEED OR ARE RECEIVING SUBSTANCE USE DISORDER PREVENTION AND TREATMENT CARE FROM RCCHC, INFORMATION REGARDING YOUR SUBSTANCE USE DISORDER CARE IS SUBJECT TO ADDITIONAL PRIVACY PROTECTIONS BEYOND THOSE DISCUSSED IN THIS NOTICE. PLEASE SEE RCCHC’S *NOTICE OF PRIVACY PRACTICES FOR PART 2 PROGRAMS* FOR ADDITIONAL INFORMATION.

### **I. Summary of Your Rights to Privacy**

RCCHC has a legal duty to protect health information about you. RCCHC may use and disclose PHI about you in the following circumstances:

- To provide health care treatment to you.

- To obtain payment for services.
- For health care operations.
- Under other certain circumstances without your authorization.

RCCHC may contact you:

- To provide appointment reminders.
- With information about your treatment, services, products or health care providers.
- For fundraising activities.

You have several rights regarding PHI about you:

- You have the right to object to certain uses and disclosures.
- You have the right to request restriction on uses and disclosures of PHI about you.
- You have the right to request different ways to communicate with you.
- You have the right to see and copy PHI about you.
- You have the right to request amendment of PHI about you.
- You have the right to a listing of disclosures we have made.
- You have a right to a copy of this notice.
- You may file a complaint about our privacy practices.

## **II. We May Use and Disclose PHI About You Without Your Authorization in the Following Circumstances:**

- To Provide Treatment to You:
  - RCCHC participates in an electronic health information exchange program that allows patient information to be shared with non-RCCHC providers that are involved in the patient's care. This exchange program provides a fast, secure, and reliable way to provide health information to non-RCCHC providers. The health information is shared in accordance with this Notice and federal and state law. Patients have the right to opt out of the electronic health information exchange program; however, providers may request and receive information using other methods, such as fax or mail. If you have previously opted out of the electronic health information exchange program and would like to opt in, you may obtain a form from this facility. Complete the form and return to the registration staff.

- RCCHC is part of an organized health care arrangement operated by an organization called OCHIN, which involves several other participating health care providers in addition to RCCHC. A current list of OCHIN participants is available at [www.ochin.org](http://www.ochin.org). As a business associate of RCCHC, OCHIN supplies information technology and related services to RCCHC and other OCHIN participants. OCHIN also engages in quality assessment and improvement activities on behalf of its participants. For example, OCHIN coordinates clinical review activities on behalf of participating organizations to establish best practice standards and assess clinical benefits that may be derived from the use of electronic health record systems. OCHIN also helps participants work collaboratively to improve the management of internal and external patient referrals. Your PHI may be shared by RCCHC with other OCHIN participants when necessary for health care operations purposes of the organized health care arrangement.
- RCCHC will use and disclose your PHI to provide, coordinate, or manage your health care and any related services, to remind you of your procedure date or an appointment, to inform you of potential treatment alternatives or options, to contact you after your treatment as part of our follow-up practices, and to inform you of health-related benefits or services that may be of interests to you. This includes the coordination or management of your health care with a third party for treatment purposes.

For example, we may disclose your PHI to a pharmacy to fill a prescription or to a laboratory to order a blood test. We may also disclose PHI to physicians who may be treating you or consulting within RCCHC with respect to your care, including mental health and substance use information. In some cases, we may also disclose your PHI to an outside treatment provider for purposes of the treatment activities of the other provider (e.g., a doctor treating you for a stroke may need to know if you have diabetes because this disease may slow down your healing process, and the doctor may also inform a dietician so that we can make sure you eat the appropriate meals). We may also disclose PHI about you to people outside of RCCHC who may be involved in your medical care after you leave our facility, such as a radiology practice for an MRI. If you do not wish to be contacted, please contact our Privacy Officer (see Section IX; Contact Person).

- **To Obtain Payment for Services**

- Your PHI will be used and disclosed, as needed, to obtain payment for the services that are provided by RCCHC.

For example, we may need to disclose PHI to your health insurance company in order to get prior approval for a surgical procedure. We may also disclose PHI to your health insurance company to determine whether you are eligible for benefits or whether a particular service is covered under your health plan. In order to get payment for the services we provide to you, we may also need to disclose your PHI to your health insurance company to demonstrate the medical necessity of the services or, as required by your insurance company, for utilization review. We may

also disclose PHI to another provider involved in your care for the provider's payment activities. This may include disclosure of demographic information to anesthesia care providers for payment of their services. We may also share portions of your medical information with collection departments or outside collection agencies.

- **For Healthcare Operations:**

- RCCHC may use and disclose your PHI as necessary for our own health care operation or business activities to facilitate the functions of RCCHC and to provide quality care to all patients.

For example, health care operations include such activities as;

- Quality assessment and improvement activities to improve our care to you.
  - Reviewing and evaluating the skills, qualifications and performance of staff providing care for you
  - Training programs, including those in which students, trainees, or practitioners of health care learn under supervision.
  - Accreditation by outside organizations that evaluate or certify and license our facility.
  - Credentialing activities, review and auditing, including compliance reviews, medical reviews, legal services and maintaining compliance programs, business management and general administrative activities.
- We may provide your PHI, including your condition and status, to a family member, friend, or other person that you indicate is involved in your health care. In addition, we may disclose PHI about you to an entity assisting in disaster relief efforts so that a family member or other person responsible for your care can be notified about our condition status and location.
  - In certain situations, we may also disclose patient information to another provider or health plan for their health care operations.

**III. In Addition to the Aforementioned Uses and Disclosures for Treatment, Payment and Health Care Operations, We May Use and Disclose Your PHI Without Your Authorization for a Number of Other Reasons, Including the Following:**

- Use and/or Disclosure Required by Law. RCCHC will disclose your PHI when we are required to do so by any federal, state, or local law or other judicial or administrative proceeding.
- Use and/or Disclosure necessary for Public Health. RCCHC may disclose your PHI for the following public health activities and purposes:

- To prevent, control, or report disease, injury, or disability as permitted by law.
- To report vital events such as birth or death as permitted or required by law.
- To conduct public health surveillance, investigations, and interventions as permitted or required by law.
- To collect or report adverse events and product defects, track FDA-regulated products; enable product recalls, repairs or replacements to the FDA, and to conduct post-marketing surveillance.
- To notify a person who has been exposed to a communicable disease or who may be at risk of contracting or spreading a disease as authorized by law.
- To report to an employer information about an individual who is a member of the workforce as legally permitted or required.
- Disclosure Relating to Victims of Abuse, Neglect, or Domestic Violence. For example, RCCHC may notify government authorities if we believe that a patient is the victim of abuse, neglect, or domestic violence. RCCHC will make this disclosure only when specifically required or authorized by law or when the patient agrees to the disclosure.
- Use and Disclosure for Health Oversight Activities. For example, RCCHC may disclose your PHI to a health oversight agency for activities including audits; civil, administrative, or criminal investigations, proceedings, or actions; inspections; licensure or disciplinary actions; or other activities necessary for appropriate oversight as authorized by law. We will not disclose your health information under this authority if you are the subject of an investigation and your health information is not directly related to your receipt of health care or public benefits.
- Disclosure for Judicial and Administrative Proceedings. For example, RCCHC may disclose your PHI in the course of any judicial or administrative proceedings in response to an order of a court or administrative tribunal as expressly authorized by such order. In certain circumstances, we may disclose your protected health information in response to a subpoena to the extent authorized by statute if we receive satisfactory assurance that you have been notified of the request or that an effort was made to secure a protective order.
- Disclosure For Law Enforcement Purposes. For example, RCCHC may disclose your PHI to a law enforcement official for enforcement purposes as follow:
  - As required by law for reporting of certain types of wounds or other physical injuries.
  - Pursuant to court order, court-ordered warrant, subpoena, summons, or similar process.
  - For the purpose of identifying or locating a suspect, fugitive, material witness, or missing person.

- Under certain limited circumstances, when you are the victim of a crime.
- To any law enforcement official if the facility has a suspicion that your health condition was the result of a criminal conduct.
- In an emergency to report a crime.
- Use and/or Disclosure Relating to Descendents to Coroners, Funeral Directors, and for Organ Donation. For Example, RCCHC may disclose your PHI to a coroner or medical examiner for identification purposes, to determine cause of death, or for the coroner or medical examiner to perform other duties authorized by law. We may also disclose PHI to a funeral director, as authorized by law, in order to permit the funeral director to carry out their duties. We may disclose such information in reasonable anticipation of death.
- Use and/or Disclosure for Research Purposes. For example, RCCHC may use or disclose your PHI for research when the use or disclosure for research has to be approved by an institutional review board that has reviewed the research proposal and research protocols to address the privacy of your PHI.
- Use and/or Disclosure in the Event of a Serious Threat to Health or Safety. For example, RCCHC may, consistent with applicable law and ethical standards of conduct, use or disclose your PHI if we believe, in good faith, that such use or disclosure is necessary to prevent or lessen a serious and imminent threat to your health or safety or to the health and safety of the public.
- Use and/or Disclosure for Specified Government Functions. For example, in certain circumstances, federal regulations authorize RCCHC to use or disclose your PHI to facilitate specified government functions relating to military and veterans activities, national security and intelligence activities, protective services for the President and others, medical suitability determinations, correctional institutions having custody of you lawfully, and law enforcement custodial situations.
- For Worker's Compensation. RCCHC may release your PHI to comply with worker's compensation laws or similar programs.

#### **IV. You Can Object to Certain Uses and/or Disclosures.**

Unless you object, RCCHC may use and/or disclose your PHI to your family member, relative and/or a close personal friend if it is directly relevant to the person's involvement in your care (procedure/surgery) or payment related to your care. We can also disclose your information in connection with trying to locate or notify family members or others involved in your care concerning your general location, condition, or death.

If you would like to object to these disclosures in the above circumstances, please contact our Privacy Officer (see Section IX; Contact Person). If you do not object to these disclosures or if we can infer from the circumstances that you do not object, or if we determine, in the exercise of our professional judgment, that it is in your best interest for us to make disclosure of information that is directly relevant to the person's involvement with your care, we may disclose your PHI as described.

## **V. Any Other Use or Disclosure of Your PHI Requires Your Written Authorization.**

Other than as stated above, RCCHC will not disclose your PHI other than with your written authorization. You may revoke or cancel your authorization in writing at any time; however, we will not disclose PHI about you after we receive your cancellation except for disclosures that were being processed before we received your cancellation. You may request that if you pay your bill in full that we not inform your insurance company of the visit; however, the bill must be paid in full or this is null and void.

## **VI. Your Rights Regarding Your PHI.**

You have the following rights regarding your health information:

- The right to see and copy your protected health information. You may see and obtain a copy of your PHI that is contained in a designated record set for as long as we maintain the PHI. A “designated record set” contains medical and billing records and any other records that your provider uses for making decisions about you.

Under federal law in certain situations, however, you may not see and obtain a copy of the following records: psychotherapy notes; information compiled in reasonable anticipation of, or for use in, a civil, criminal or administrative action or proceeding; and PHI that is subject to a law that prohibits access to PHI. Depending on the circumstances, you may have the right to have a decision to deny access reviewed by a licensed healthcare professional. You will receive this response in writing stating why we will not grant your request. We may deny your request to see or obtain a copy of your PHI if, in our professional judgment, we determine that access requested is likely to cause substantial harm to another person referenced within the information. You have the right to request a review of this decision.

To see and copy your PHI, You must sign a “Release of Information Authorization Form”. If you request a copy of your information, RCCHC may charge you a fee for the costs of copying, mailing, or other costs incurred by us in complying with your request.

- The right to request a restriction on uses and disclosures of your bill. You have the right to request that we restrict your PHI for the purposes of treatment, payment, or health care operations. You may also request that we not disclose your PHI to family members or friends who may be involved in your care or for notification purposes as described in this Notice. Your request must state the specific restriction requested and to whom you want the restriction to apply. RCCHC is not required to agree to a restriction that you may request, and we will notify you if we deny your request to a restriction. If RCCHC does agree to the requested restriction, we may not use or disclose your PHI in violation of that restriction unless it is needed to provide emergency treatment, to make disclosures to the Secretary of the Department of Health and Human Services, or for uses and disclosures provided in the previous sections of this notice. Under certain circumstances, we may terminate our agreement to a restriction. You may request a restriction by contacting the Privacy Officer (see Section IX; Contact Person).
- The right to request to receive confidential communications from us by alternative means or at an alternative location. You have the right to request that we communicate with you

in certain ways. We will accommodate all reasonable requests. We may 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 require you to provide an explanation for your request. Requests must be made in writing and specify how or where you wish to be contacted to our Privacy Officer (see Section IX; Contact Person).

- The right to request amendment to your PHI. You have the right to request an amendment of PHI about you in a designated record set for as long as we maintain this information. In certain cases, we may deny your request for an amendment. We may deny your request if:
  - The information was not created by us (unless you prove the creator of the information is no longer available to amend the record).
  - The information is not part of the records used to make decisions about you.
  - We believe the information is correct and complete; or
  - You would not have the right to see and copy the record as described in the previous paragraph.

If we deny your request for amendment, we will tell you in writing the reasons for the denial and describe your rights to file a statement of disagreement with us and we may prepare a rebuttal to your statement and will provide you with a copy of any such rebuttal. Requests for an amendment must be in writing and must be directed to our Privacy Officer (see Section VII, Contact Person). In this written request, you must also provide a reason to support the requested amendment. If we accept your request to amend the information, we will make reasonable efforts to inform others of the amendment, including persons you name who have received PHI about you and who need the amendment.

- You have the right to a listing of disclosures we have made about you. You have the right to request an accounting of certain disclosures of your PHI made by RCCHC. You have the right to receive a written list of these disclosures (but not disclosures made prior to May 1, 2005). This right applies to disclosures for purposes other than treatment, payment, or health care operations as described in this Privacy Notice. We are not required to account for all disclosures that you may request. The list will not include disclosures that are part of the limited data set we maintain for research and quality improvement purposes, disclosures that you agreed to by signing an authorization form, disclosures for a facility directory, to friends or family members involved in care, or certain other disclosures we are permitted to make without your authorization. The request for an accounting must be made in writing to our Privacy Officer (see Section IX; Contact Person). The request should specify the time period sought for the accounting. We will provide the first accounting you request during any 12-month period without charge. Subsequent accounting requests may be subject to a reasonable cost-based fee.
- You have the right to a paper copy of this Notice. Upon request, we will provide a separate paper copy of this Notice even if you have already received a copy of the Notice or have agreed to accept this Notice electronically. We will provide this Notice no later than the

date you first receive service from us (except for emergency services, and then we will provide the Notice to you as soon as possible).

## **VII. Our Duties**

RCCHC is required by law to maintain the privacy and security of your PHI in accordance with HIPAA and other applicable federal and state laws, and to provide you with this Privacy Notice of our duties and privacy practices. We follow state privacy laws when they are stricter or more protective of your PHI than federal law.

We will promptly notify you if a data breach occurs that may have compromised the privacy or security of your PHI. We will notify you within the legally required time frame. Most of the time, we will notify you in writing, by first-class mail, or we may email you if you have provided us with your current email address and you have previously agreed to receive notices electronically. In limited circumstances when we have insufficient or out-of-date contact information, we may provide notice in a legally acceptable alternative form.

## **VIII. Complaints.**

You have the right to express complaints to RCCHC and to the Office for Civil Rights at the U.S. Department of Health and Human Services (OCR) if you believe that your privacy rights have been violated. You may complain to RCCHC by contacting the Privacy Officer in writing at the address provided in Section IX; Contact Person. OCR's contact information and instructions for submitting a complaint to OCR are available at: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).

We encourage you to express any concerns you may have regarding the privacy of your information. You will not be retaliated against in any way for filing a complaint. All complaints will be investigated to help resolve your issues.

## **IX. Contact Person**

RCCHC's contact person for all issues regarding patient privacy and your rights under the federal privacy standards is the Privacy Officer. Information regarding matters covered by this Notice can be requested by contacting the Privacy Officer. If you feel that your privacy rights have been violated by RCCHC, you may submit a complaint to our Privacy Officer.

Mail to:

Roanoke Chowan Community Health Center  
Attn.: Privacy Officer  
P.O. Box 669  
Ahoskie, NC 27910

## **X. Effective Date**

The effective date of this Notice is March 14, 2023.

Roanoke Chowan Community Health Center  
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD  
Revised 3/14/2023

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE UTILIZA Y DIVULGA SU INFORMACIÓN MÉDICA Y LA FORMA EN QUE PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. FAVOR DE REVISAR CON CUIDADO.

ROANOKE CHOWAN COMMUNITY HEALTH CENTER (RCCHC) TIENE UNA OBLIGACIÓN LEGAL PARA SALVAGUARDAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI).

Se le proporciona este, aviso de Prácticas de Privacidad como un requisito del Acta de Transportabilidad y Rendición de Cuentas de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés). Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe la forma en que RCCHC se puede usar y revelar su información médica protegida para propósitos de tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la salud. Su Información Médica Protegida (PHI) pueden ser utilizada y revelada solo por estos motivos a menos que RCCHC obtenga su autorización o las regulaciones de la privacidad de HIPAA o las leyes estatales permiten la utilización o evaluación de su información.

También describe sus derechos referentes a su información médica protegida. Su "información médica protegida" significa cualquier información médica escrita, electrónica o verbal, incluyendo datos demográficos que se pueden utilizar para identificarle. Esta es información médica creada o recibida por sus proveedores de cuidados médicos y referente a su estado de salud física o mental pasada, presente o futuro.

Sin embargo, nos reservamos el derecho a cambiar los términos de nuestro aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Si hacemos cambios importantes a nuestros avisos, cambiaremos oportunamente este aviso y fijamos un aviso revisado en nuestras oficinas. Usted puede solicitar copia de este aviso de la persona de contacto (véase la Sección VIII; Persona de contacto)

#### Resumen de Sus Derechos de Privacidad

RCCHC tiene la obligación legal de proteger la información médica sobre usted. RCCHC puede utilizar y revelar PHI sobre usted en las circunstancias siguientes:

- Para proveer cuidado de salud a usted
- Para obtener o por servicios
- Para operaciones de cuidado de salud
- Bajo algunas otras circunstancias sin su autorización

RCCHC puede contactar:

- Para proporcionar recordatorios de citas
- Con información sobre su tratamiento, servicios, productos o proveedores de cuidados médicos
- Para las actividades de recaudación de fondos

Tiene varios derechos referentes PHI sobre usted:

- Derecho de oponerse a ciertos usos y divulgaciones.
- Derecho a solicitar una restricción sobre los usos y divulgaciones de su PHI.
- Derecho a solicitar diferentes formas para comunicarnos con usted.
- Derecho a ver y copiar su PHI.
- Derecho a recibir un listado de las revelaciones que hemos realizado
- Derecho a una copia de este aviso.
- Derecho a someter una queja acerca de nuestras prácticas de privacidad

- I. Podemos utilizar y revelar PHI sobre usted sin su autorización en las circunstancias siguientes:

- a. Para Brindarle Tratamiento

Intercambio Electrónico de Información Médica (HIE por sus siglas en inglés): Esta instalación usa un programa de intercambio electrónico de información médica que permite compartir información sobre el paciente con proveedores médicos que están involucrados en el cuidado del paciente. Este programa de intercambio provee una manera rápida, segura y confiable para proveer información médica a proveedores médicos. Se comparte la información médica de conformidad con este aviso de privacidad y la ley federal y estatal. El paciente tiene el derecho a optar por no participar en el programa de intercambio de información médica; sin embargo, proveedores médicos pueden solicitar y recibir información usando otros métodos, tales como por fax o por correo.

RCCHC es parte de un arreglo organizado de cuidados de salud incluyendo participantes en OCHIN. Una lista actual de participantes de OCHIN es disponible en [www.ochin.org](http://www.ochin.org). Como un socio de negocios de RCCHC, OCHIN suministrar información tecnológica y servicios relacionados a RCCHC y otros participantes de OCHIN. OCHIN también participa en evaluación de calidad y actividad de mejoramiento por cuenta de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina actividades de revisión clínica por cuenta de organizaciones participantes para establecer estándares de mejores prácticas y evaluar beneficios clínicos que se deriven del uso de sistemas de historiales médicos electrónicos. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar en colaboración para mejorar el manejo de

remisiones de pacientes internos y externos. Su información médica se puede compartir por RCCHC con otros participantes de OCHIN cuando es necesario para propósitos de operaciones de cuidado médico del arreglo organizado o de cuidados de salud.

Si previamente ha elegido no participar en el programa de intercambio electrónico o desea participar, puede obtener un formulario de esta instalación. Complete el formulario y devuélvalo al personal de registro.

RCCHC utilizará y revelará su PHI para proveer, coordinar y manejar su cuidado de salud cualquiera servicios referentes, para recordarle de la fecha de su procedimiento médico o una cita, para informarle de opciones y alternativas de tratamientos potenciales, para contactarte después de su tratamiento como parte de nuestros prácticas de seguimiento, para informarle de beneficios relacionados a su salud servicios que le puedan interesar. Este incluye la coordinación o manejo de su cuidado de salud con un tercero con fines de tratamiento.

Por ejemplo, podemos revelar su PHI a una farmacia para llenar una receta o a un laboratorio para ordenar un examen de sangre. Podemos revelar PHI a médicos que pueden tratarle o consultar en la corporación con respecto a su cuidado, incluyendo salud mental e información sobre el uso de sustancias. En algunos casos, podemos revelar su PHI a un proveedor de servicios médicos fuera de la institución para fines de actividades de tratamiento de dicho proveedor (es decir, un médico que lo trata por embolia posiblemente necesite saber si tiene diabetes porque la diabetes puede demorar el proceso de mejoría. El médico también puede informar a una dietista para que podamos garantizar comer alimentos apropiados. Podemos revelar PHI sobre usted a personas fuera de esta oficina que están involucradas en su cuidado cuando usted haya salido de la instalación, como tal. un consultorio de radiología para recibir un MRI.) Si no desea que nos en contacto con usted, por favor contacte nuestro Oficial de Privacidad ecuación VII - Persona de Contacto)

#### b. Para Obtener EL Pago Por Servicios

Su PHI se usará, si fuera necesario, para obtener el pago para servicios proporcionados por RCCHC. Esto puede incluir ciertas comunicaciones dirigidas a su compañía de seguro médico para obtener aprobación para el procedimiento que había programado

Por ejemplo, podemos revelar su información médico a su aseguradora de salud para obtener aprobación previa para la cirugía. También podemos revelar su PHI a su aseguradora de salud para determinar si está elegible para recibir beneficios o un servicio en particular está cubierto por su plan médico. Para obtener pago por los servicios que le proporcionamos, es posible que también tengamos que revelar

su PHI a su aseguradora de salud para demostrar la necesidad médica de los servicios, o según lo requiera su compañía de seguro, para un análisis de utilización. También podemos revelar información de salud a otro proveedor implicado en su cuidado para las actividades de pago del otro proveedor. Esto podría incluir la divulgación de información demográfica a los proveedores de cuidados de anestesia para el pago de sus servicios. También podríamos compartir porciones de su información médica con departamentos de cobranzas y agencias de cobro externas.

#### c. Para Operaciones de Cuidado De Salud

Podemos utilizar y revelar su PHI, según sea necesario, para nuestra administración de la atención médica y operaciones administrativas para facilitar las funciones de RCCHC y proveer cuidado de calidad a todos pacientes.

Por ejemplo, operaciones de atención médica incluyen actividades como;

- Actividades relacionadas con la evaluación y mejora de la calidad para mejorar nuestro cuidado de usted.
- Revisar y evaluar las habilidades, calificaciones, y el desempeño del personal que le cuida a usted.
- Programas de entrenamiento incluyendo esos donde los estudiantes, los entrenadores o practicantes en el cuidado de la salud pueden aprender bajo supervisión.
- Acreditación por organizaciones externas que evaluand, certifican o dan licencia a nuestra instalacion.
- Actividades de acreditación, evaluación y auditoría, incluyendo revisiones de cumplimiento, revisiones médicas, servicios jurídicos y el mantenimiento de programas de cumplimiento y administración comercial y Actividades generales administrativas.

Podemos proveer su PHI, incluyendo su afección médica y estado, a un familiar suyo, amigo u otra persona que usted indique, que esté a cargo de su atención médica. Además, podríamos dar a conocer su PHI a una entidad en respuesta a algún desastre para que un familiar, u otra persona responsable por su cuidado, pueda ser notificada sobre su condición, estado y ubicación.

En ciertas situaciones también podremos revelar informacion del paciente a otro proveedor de servicios médicos o a otro plan médico para sus funciones de atención médica

- II. Usos Y Divulgaciones Más Allá Del Tratamiento, Pago Y Operaciones Médicas Permitidas Sin La Autorización O Posibilidad De Objetar.

Podemos usar o revelar su PHI sin su permiso o autorización en una serie de casos, incluidos los siguientes:

A. Uso y/o Revelación Obligado por Ley

RCCHC rev la su PHI cuando cuando así lo requieran las leyes federales, estatales o locales o por otro procedimiento judicial o administrativa

B. Uso y/o Revelación Necesario para la Salud Pública RCCHC puede revelar su PHI para los actitudes y propósitos de salud pública siguientes:

- Evitar, controlar o informar acerca de enfermedades, lesiones o incapacidades en la medida en que lo establezca la ley.
- Para exportar sucesos vitales tales como un nacimiento o fallecimiento según la ley lo permita o lo requiera.
- Para llevar a cabo la vigilancia, investigaciones e intervenciones de la salud pública, según la ley lo permita o lo requiera.
- Informar o reunir datos acerca de acontecimientos adversos y defectos de los productos, llevar registro de los productos regulados por la FDA, permitir el retiro, la reparación o el reemplazo según las normas de la FDA y efectuar una supervisión post comercial.
- Notificar a una persona que ha estado expuesta a una enfermedad contagiosa, o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad, en la medida en que lo establezca la ley.
- Revelar una información a un patrón sobre un individuo que forma parte de sus trabajadores, en medida que lo autorice y lo establezca la ley.

C. Revelación se relaciona con víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica  
Por ejemplo, CCHC puede notificar a las autoridades gubernamentales si creemos que un paciente es víctima de un abuso, negligencia o violencia doméstica. RCCHC hará este acceso solamente cuando es requerido específicamente o autorizada por la ley o cuando 1 paciente conviene el acceso.

D. Uso y Revelación para Actividades de Supervisión de Salud

Por ejemplo, RCCHC puede revelar su PHI a un organismo de supervisión de salud para actividades incluyendo auditorías; acciones, procedimientos, o investigaciones criminales, a ministrativas o civiles; inspecciones, autorización o acción disciplinaria; u otras actividades necesarias para la supervisión tal como lo establece la ley. No revelaremos su información médica bajo esta prepiisa si Ud. está sujeto a investigación y su información médica no guarda relación directa con la recepción de atención médica o beneficios públicos.

E. Revelación ara Procedimientos Judiciales y Administrativos

Por ejemplo, RCCHC puede revelar su PHI en el curso de algún procedimiento legal o administrativo en respuesta a una orden de corte o tribunal administrativo, según expresamente autorizado por tal orden. En algunos casos, podríamos revelar su

información en salud protegida respondiendo a una citación en la medida que la ley estatal lo autorice si tenemos en nuestro poder las garantías adecuadas de que usted ha sido notificado y protección o de que se intentó obtener una orden judicial de protección.

F. Acceso Para propósitos de Aplicación de la Ley

Por ejemplo, RCCHC puede revelar su PHI a un oficial que aplique la ley para propósitos legales como los siguientes:

- según la ley exige informar ciertos tipos de heridas y otras lesiones físicas.
- Según una orden de tribunal, la autorización, la citación, citación o proceso semejante.
- Con el propósito de identificar o localizar a sospechosos, fugitivos, testigos materiales o personas perdidas.
- En casos limitados, cuando usted sea víctima de un delito.
- A un agente del cumplimiento de la ley, si la instalación sospecha que su condición de salud es una consecuencia de conducta delictiva.
- En una emergencia para reportar un crimen.

G. Uso y/o Reve acción referente a descendientes, forenses, empresas de servicios fúnebres y para la donación de órganos.

Por ejemplo, RCCHC puede revelar su PHI a un médico forense o un médico legista para propósitos de identificación, determinación de la causa de la muerte o para que realicen otros exámenes autorizados por la ley. Asimismo, podremos revelar información Médica protegida a una empresa de servicios filabres, tal como lo establece la ley, con el fin de permitir que la misma cumpla con sus obligaciones. Podemos revelar tal información con una anticipación razonable al momento de la muerte.

H. Uso y/o Revelacion para el Propósito de Investigacion

Por Ejemplo, RCCHC puede usar y revelar su PHI para investigacion cuando el uso o revelacion haya sido aprobado por un consejo de examen institucional que haya analizado la propuesta y los protocolos que garanticen la privacidad de su PHI.

I. Uso y/o Evaluacion en el caso de Seria amenaza a la Salud o Seguridad

Por ejemplo, RCCHC puede, de acuerdo con la ley aplicable y los estándares éticos de conducta, divulgAR, su PHI si creemos, en buena fe, que el uso o evaluación es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad del paciente, o a la salud o seguridad de otras personas.

#### J. Uso y/o Revelación Para Las Funciones Especificadas Del Gobierno

Por ejemplo, en ciertas circunstancias, los reglamentos federales le autorizan la instalación a usar o revelar su PHI para facilitar funciones especificadas del gobierno, relacionadas con las actividades militares y veteranos, actividades de seguridad nacional e inteligencia, servicios de protección al Presidente y a terceros, determinaciones de propiedad médica, instituciones correccionales que tenga custodia legal sobre usted y situaciones de custodia en cumplimiento de la ley.

#### K. Indemnización por Accidente de Trabajo

La instalación podrá revelar su información médica para cumplir con las leyes de compensación laboral o con programas similares.

#### III. Usted Puede Objetar a Algunos Tipos de Uso o Revelación

A menos que usted se oponga, RCCHC puede usar y/o revelar su PHI a un miembro de su familia, otro pariente o un amigo íntimo si ello es directamente importante para la participación de una persona en su cuidado (procedimiento médico o cirugía) o para el pago relacionado con la misma. También, podemos revelar su información médica en relación con tratando de unificar o notificar a los familiares u otras personas involucradas en su cuidado en relación a su educación general, estado o fallecimiento.

Si desea oponerse a estas divulgaciones en las circunstancias anteriormente descritas, por favor llame a la persona indicada en Sección VIII; Persona de Contacto. Si usted no se opone a estas divulgaciones, o si podemos inferir en el contexto que usted no lo objeta, o determinamos en el curso de nuestro juicio profesional que está en su mejor interés para que divulgue la información directamente relevante a la persona involucrada con su cuidado, podemos divulgar su PHI parecido al descrito.

#### IV. Cualquier Otro Uso o Evaluación de PHI Acerca de Usted Requerirá Su Autorización Escrita

Con excepción de lo dispuesto anteriormente, RCCHC no divulgará su información acerca del cuidado médico, excepto por medio de su autorización por escrito. Puede revocar o cancelar su autorización por escrito en cualquier momento; sin embargo, nosotros no divulgaremos PHI acerca de usted después de que recibamos su cancelación, exceptuando aquellas divulgaciones que se estaban tramitando antes de que recibiéramos su cancelación. Puede pedir que si paga el saldo total de su cuenta no informaremos a su aseguradora de salud; sin embargo, debe pagar el saldo total de su cuenta o esto es nulo.

## V. Sus Derecho Sobre Su PHI

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica:

- A. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica protegida. Usted puede inspeccionar y copiar su PHI que se encuentre en un conjunto de archivos designado durante todo el tiempo que preservemos la PHI. Un "conjunto de archivos designado" contiene registros médicos y facturas cualquier otro registro que su proveedor médico use para tomar decisiones sobre usted. Bajo la ley federal, en determinadas circunstancias, no puede inspeccionar y obtener una copia de los registros siguientes: notas de psicoterapia, información compilada con una antelación razonable con fines de procedimientos o acciones civiles, penales o administrativas; y PHI que esté sujeta a una ley que prohíba el acceso a PHI. Dependiendo de las circunstancias, podría tener el derecho de que se revise una decisión de denegar acceso por un profesional de la salud certificado. Usted recibirá esta respuesta por escrito explicando porque no se le concedió su solicitud.

Podemos negar esta solicitud de inspeccionar u obtener una copia de su PHI si, de acuerdo con nuestro juicio profesional, determinamos que es probable que acceda causa daño sustancial a otra persona referida dentro de la información. Usted tiene el derecho de solicitar que se revise esta decisión.

Para inspeccionar y copiar su PHI, usted debe firmar un "formulario para autorizar que su información sea compartida." Si usted solicita una copia de la información, RCCHC puede aplicarse el cobro por la copia y por el envío, y por cualquier otro costo asociado con su solicitud.

- B. Derecho a solicitar una restricción sobre los usos y revelaciones de su factura.

Usted tiene derecho a pedir que nosotros restringimos el uso y revelación de su PHI para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También usted puede solicitar que nosotros no revelemos su PHI a miembros de la familia o amigos que pueden estar implicados en su cuidado o para fines de notificación, tal como se describe en este aviso de prácticas de privacidad. Su pedido debe expresar la restricción específica solicitada y a quien usted quiere que la restricción se aplique.

La instalación no está obligada a concederle una restricción que solicite. Le notificaremos si denegamos su petición de una restricción. Si la corporación acepta la restricción, no podemos usar o revelar su PHI en violación de dicha restricción, a menos que ello fuera necesario para proporcionarle tratamiento de emergencia, revelaciones hechas al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, y uso y revelaciones concretada en el apartado anterior de

esta noticia. Bajo ciertas circunstancias podremos dar por finalizada la concesión de una restricción. Usted puede solicitar una restricción comunicándose con el Oficial de Privacidad (vase la ecuación VII - Persona de Contacto)

- C. Derecho a recibir comunicaciones confidenciales por parte de nuestra institución a través de medios alternativos o en una ubicación alternativa. tiene el derecho de solicitar que RCCHC comunique con usted en ciertas maneras. Nosotros acomodamos todos los pedidos razonables. Podremos condicionarla a la presentación de información por su parte acerca de cómo se realizará su pago o especificando una dirección alterna u otro método de contacto. No le solicitaremos que proporcione una explicación para su solicitud. Las solicitudes se deben hacer por escrito y deberá especificar cómo o dónde quiere que se establezca el contacto con nuestro Oficial de Privacidad ( véase la sección VII - Persona de Contacto.)
- D. Derecho de pedir una enmienda a su PHI. Tiene derecho a solicitar correcciones a su PHI en un conjunto de registros designados si tenemos tal información. En algunos casos, podemos rechazar su solicitud de enmienda.

Podemos negarle su solicitud si:

- La información no fue originada por nosotros (a menos que usted pruebe que quien originó la información ya no tiene la capacidad de cambiarla.)
- La información no es parte de los registros que se usan para tomar decisiones sobre usted.
- Creemos que la información está correcta y completa; o
- Usted no tuviera el derecho a ver y copiar el expediente como se describe en el párrafo anterior.

Si rechazamos su solicitud de cambios, le daremos las razones por escrito y explicara su derecho a presentar una declaración escrita de desacuerdo con nosotros y podríamos preparar una refutación a su declaración y le daríamos una copia de dicha refutación. Las peticiones de las compras se tienen que presentar por escrito y se tienen que dirigir a nuestro Oficial de Privacidad (véase la sección VII - Persona de Contacto.) En esta petición escrita, también tiene que proporcionar razones para apoyar las enmiendas que solicita. Si aceptamos la solicitud de modificar la información, haremos todos los esfuerzos razonables por informar la modificación inclusive a las personas que Usted nos indique y que han recibido información acerca de Usted y necesitan la enmienda.

Usted tiene derecho a la lista de las divulgaciones que nosotros hemos hecho sobre usted. Usted tiene derecho a solicitar una relación de hechos referente a

ciertas divulgaciones de PHI realizadas por RCCHC. Usted tiene el derecho a recibir una lista escrita de estas divulgaciones (divulgaciones antes del 1 de Mayo, 2005.) Este derecho aplica a divulgaciones para fines diferentes a tratamientos, pagos, u operaciones de atención médica que se describen en este aviso. No se requiere que demos cuenta de las divulgaciones que usted haya solicitado. La lista no incluye divulgaciones que son parte de un grupo limitado de datos para propósitos de estudio y mejora de calidad, divulgaciones que usted autorizó al firmar un formulario de autorización, divulgaciones para un directorio de la institución, a amigos o familiares implicados en su atención o ciertas divulgaciones que pueden realizarse sin que medie su autorización. La petición para recibir un recuento se tiene que presentar por escrito a nuestro Oficial de Privacidad (véase la sección VII- Persona de Contacto) La petición debe especificar cual es el periodo de tiempo del recuento que se solicita. No le cobraremos el primer recuento que solicite durante cualquier periodo de 12 meses. Se le podría cobrar un cargo razonable basado en nuestro costo, para peticiones de recuentos subsiguientes.

- E. Derecho de Obtener Una Copia De Papel De Este Aviso. Cuando lo solicite, le daremos una copia impresa aparte de este aviso, aun cuando usted ya haya recibido una copia de la notificación, o aun cuando haya aceptado recibir esta notificación por vía electrónica. Proporcionaremos una copia de este aviso no mas tardar de la fecha que usted primero recibió servicios de nosotros (con excepción a los servicios de emergencia y entonces proveeremos el anuncio lo mas pronto posible)

## VI. Nuestras obligaciones

Por ley, RCCHC Tiene la obligación a mantener la información médica protegida, PHI, y para proporcionarle este aviso de prácticas de privacidad. Estamos obligados a regirnos por los términos de este aviso, el cual podrá ser modificado cada cierto tiempo. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y hacer el nuevo aviso efectivo para toda la PHI futura que mantengamos. Si la corporación cambia su aviso y el aviso revisado se ha publicado en nuestra instalación y estará disponible a solicitud de los pacientes.

## VII. Quejas

Usted tiene derecho a expresar sus quejas ante RCCHC y ante el secretario de salud y servicios humanos si cree que sus derechos de privacidad han sido violados. Puede expresar sus quejas ante RCCHC por ponerse en contacto con el Oficial de Privacidad (véase la sección II - Persona de Contacto.), oralmente o por escrito. Le alentamos a expresar cualquier preocupación que usted tenga con respecto a la privacidad de su información. Usted no recibirá represalia alguna a

consecuencia de la presente sino de una queja. Todas las quejas serán investigadas para ayudar a resolver cualquier problema que pueda tener.

Aviso de prácticas de privacidad referente a leyes de Carolina del Norte:

Algunas leyes de Carolina del Norte le proporcionan más protección para tipos específicos de información que las leyes federales protegiendo la privacidad de información médica acerca de usted, y donde proceda, nosotros cumpliremos con los requisitos de esas leyes estatales.

VIII. Persona de Contacto

La persona de contacto de RCCHC para todo asunto con respecto a la privacidad del paciente y sus derechos de privacidad bajo estándares federales de aislamiento es el Oficial de Privacidad. Se puede poner en contacto con el Oficial de Privacidad para solicitar información sobre asuntos mencionados en esta Notificación. Si siente que sus derechos de privacidad han sido violados por esta corporación, debe presentar una queja a nuestro Oficial de Privacidad.

Envíe por correo a:

Roanoke Chowan Community Health Center Privacy Officer  
P.O. Box 669  
Ahoskie, NC 27

Fecha efectiva: 10-2 -14