

## ARKANSAS DEPARTMENT OF HEALTH PRIVACY NOTICE—Abbreviated Version

**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.**

The Arkansas Department of Health (ADH) is committed to protecting your health information. ADH is required by law to protect the privacy of health information about you and that can be identified with you, which we call “protected health information,” or “PHI” for short. We must give you notice of our legal duties and privacy practices concerning PHI, and we are required to abide by the terms of the notice currently in effect. This notice is to inform you about our privacy practices and legal duties related to the protection of the privacy of your medical/health records that we create or receive.

### **HOW WE MAY USE AND DISCLOSE MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU**

ADH staff will only use your PHI when doing their jobs. The purposes of the use and sharing of PHI are for treatment, payment for services and for Agency operations.

**Treatment:** Caregivers, such as nurses, doctors, therapists, nutritionists and social workers, may use your PHI to determine your plan of care. Individuals and programs within the ADH may share PHI about you in order to coordinate the services you may need, such as clinical examinations, therapy, nutritional services, medications, hospitalization, or follow-up care.

**For Payment:** The ADH may release PHI about you to Medicaid, Medicare, and/or your health plan/insurance carrier to obtain payment for our services. For example, we may need to give your health plan PHI about a clinical exam or vaccinations that you or your child received, so your health plan or Medicaid or Medicare will pay us for treatment or services.

**For Operations:** The ADH may use and release PHI about you to ensure that the services and benefits provided to you are appropriate. For example, we may use your PHI to evaluate our treatment and service programs (quality assurance). We may combine PHI about many individuals to research health trends, to determine what services and programs should be offered, or whether new treatments or services are useful. We may share your PHI with business partners who perform functions on behalf of the ADH. For example, our business partners may use your PHI to perform case management, coordination of care, or other activities, and they must abide by the same level of confidentiality and security as ADH when handling your PHI.

### **YOUR HEALTH INFORMATION RIGHTS**

Release of your PHI outside of the boundaries of ADH-related treatment, payment, or operations, or as otherwise permitted by state or federal law, will be made *only* with your specific written authorization. This authorization is required to release the following types of information: Drug and Alcohol Abuse, Family Planning, HIV/AIDS, Mental Illness, Sexually Transmitted Diseases, and Women, Infants and Children (WIC) Program. You may revoke specific authorizations to release your PHI, in writing, at any time. If you revoke an authorization, we will no longer release your PHI to the authorized recipient(s), except to the extent that the ADH has already used or released that information in reliance of the original authorization. In addition, you have the following rights:

**Right to Inspect and Copy:** You may request to inspect or have a copy of any part of your health record. We may charge a fee for the costs of copying, mailing, or other supplies associated with your request.

**Right to Request Amendment:** If you feel that the PHI the ADH has created about you is incorrect or incomplete, you may ask us to amend that information. The ADH may deny your request if you ask to amend information that: 1) was not created by the ADH; 2) is not part of the PHI kept by the ADH; 3) is not part of the information which you would be permitted to inspect or copy; or 4) the information is determined to be accurate and complete.

**Right to Request an Accounting of Health Information Releases:** You may request an accounting of disclosures of your health information. The accounting does not include disclosures for purposes of treatment, payment, health care operations; disclosures required by law for purposes of national security; disclosures to jails or correctional facilities, authorized disclosures, and any disclosures made prior to April 14, 2003.

**Right to Request Restrictions:** You may request ADH to limit the use or disclosure of your PHI except for treatment, payment, and health care operations. ADH is not required by law to agree to your request.

**Right to Request Confidential Communication:** You may request, in writing, that ADH communicate with you in a different way or to a different location, for example, using a different mailing address or calling you at a different phone number.

**Right to a Paper Copy of this Privacy Notice:** You may request a paper copy of this Privacy Notice from ADH at any time.

All requests for inspecting, copying, amending, making restrictions, or obtaining an accounting of your PHI and any questions regarding this Privacy Notice must be directed to the Local Health Unit Administrator.

### **COMPLAINTS**

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with the ADH by contacting the ADH HIPAA Program Consultant at (501) 661-2000 or by mail by writing to 4815 West Markham, Slot 31, Little Rock, AR 72205. You may also file a complaint with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services. If you request, we will provide you with the address to file your complaint with the U.S. Department of Health and Human Services. No action will be taken against you for exercising your rights or for filing a complaint.

## DEPARTAMENTO DE SALUD DE ARKANSAS AVISO DE PRIVACIDAD

### **ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LEA CON CUIDADO.**

El Departamento de Salud de Arkansas (ADH) se compromete a proteger su información de salud. El ADH está obligado por ley a proteger la privacidad de su información de salud y que podría ser identificada como suya, lo que llamamos "información de salud protegida", o "PHI" para abreviar. Tenemos que darle aviso de nuestras obligaciones legales y procedimientos de privacidad en relación con la PHI y estamos obligados a respetar las condiciones del aviso actualmente en vigencia. Este aviso es para informarle sobre nuestros procedimientos de privacidad y las obligaciones legales relacionadas con la protección de la privacidad de su historial médico/de salud que nosotros originamos o recibimos.

### **CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA**

El personal del ADH sólo utilizará su PHI para desempeñar su trabajo. Los propósitos de la utilización y de la divulgación de su PHI, son para el tratamiento, el pago de los servicios y para las operaciones de la Agencia.

**Tratamiento:** Los prestadores de servicios tales como enfermeras, médicos, terapeutas, nutricionistas y trabajadores sociales, pueden utilizar su PHI para determinar su plan de cuidado. Las personas y los programas dentro del ADH pueden compartir su PHI con el fin de coordinar los servicios que usted pueda necesitar, tales como exámenes clínicos, terapia, servicios de nutrición, medicamentos, hospitalización, o cuidados de seguimiento.

**Para el Pago:** El ADH podría revelar su PHI a Medicaid, Medicare, y/o su plan/seguro de salud para obtener el pago de nuestros servicios. Por ejemplo, es posible que tengamos que entregar su PHI sobre un examen clínico o vacunas que usted o su niño recibieron, para que su plan de salud o Medicaid o Medicare, nos pague por el tratamiento o servicios.

**Para las operaciones:** El ADH puede utilizar y entregar su PHI para garantizar que sus servicios y prestaciones sean los adecuados. Por ejemplo, podemos usar su PHI para evaluar nuestros programas de tratamiento y servicios (control de calidad). Podemos combinar las PHI de varias personas, para investigar tendencias de salud, determinar qué servicios y programas deben ofrecerse, o si los nuevos tratamientos o servicios son útiles. Podemos compartir su PHI con nuestros socios comerciales que desempeñan funciones en nombre del ADH. Por ejemplo, nuestros socios comerciales pueden utilizar su PHI para tramitar casos, coordinar la atención, u otras actividades, y deben respetar el mismo nivel de confidencialidad y de seguridad del ADH mientras tramitan su PHI.

### **SUS DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN DE SALUD**

La entrega de su PHI fuera de los límites del tratamiento, pago u operaciones relacionados con el ADH o de cualquier otra manera permitida por leyes estatales o federales, se harán solamente con su específica autorización por escrito. Esta autorización es necesaria para divulgar los siguientes tipos de información: abuso de drogas y alcohol, planificación familiar, VIH / SIDA, enfermedades mentales, enfermedades de transmisión sexual, y Programa para mujeres, infantes y niños (WIC). Usted puede revocar autorizaciones específicas para entregar su PHI, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca una autorización, no continuaremos entregando su PHI al receptor autorizado/s, excepto en la medida en que el ADH ya haya utilizado o divulgado la información en conformidad con la autorización original. Además, usted tiene los siguientes derechos:

**Derecho a inspeccionar y copiar:** Usted puede solicitar inspeccionar o recibir una copia de cualquier parte de su expediente médico. Podemos cobrarle por el costo de las copias, franqueo, u otros suministros asociados con su solicitud.

**Derecho a solicitar una rectificación:** Si usted cree que su PHI creada por el ADH es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que corriamos dicha información. El ADH puede negar su petición si usted pide que modifiquemos información que: 1) no fue creada por el ADH, 2) no es parte de la PHI archivada por el ADH, 3) no es parte de la información que se le permite inspeccionar o copiar, o 4) se determina que la información es exacta y completa.

**Derecho a solicitar un recuento de entregas de su información de salud:** Usted puede solicitar un recuento de las entregas de su información de salud. La enumeración no incluye las divulgaciones para fines de tratamiento, pagos, operaciones de cuidado de salud; información exigida por ley con fines de seguridad nacional; revelaciones a las cárceles o establecimientos penitenciarios, divulgaciones autorizadas, y cualquier revelación hecha antes del 14 de abril del 2003.

**Derecho a solicitar restricciones:** Usted puede solicitar al ADH que limite el uso o divulgación de su PHI, excepto para el tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud. El ADH no está obligado por ley a aceptar su solicitud.

**Derecho a solicitar comunicación confidencial:** Usted puede solicitar, por escrito, que el ADH se comunique con usted de una manera diferente o en una ubicación distinta, por ejemplo, usando otra dirección de correo o llamándolo a un número de teléfono diferente.

**Derecho a una copia en papel de este aviso de privacidad:** Usted puede solicitar en cualquier momento una copia impresa de este Aviso de Privacidad del ADH.

Todas las solicitudes para inspeccionar, copiar, modificar, hacer restricciones, u obtener un recuento de su PHI y toda pregunta con respecto a este Aviso de Privacidad, deben dirigirse a la Unidad de Salud Local (Local Health Unit Administrator).

### **QUEJAS**

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja al ADH, poniéndose en contacto con el Consultor del Programa HIPAA del ADH (501) 661-2000 o por correo, escribiendo a: 4815 West Markham, Slot 31, Little Rock, AR 72205. También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Si usted lo solicita, le proporcionaremos la dirección adonde presentar su queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. No se tomará ninguna medida en su contra por ejercer sus derechos para presentar una queja.