

# NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Natchitoches Regional  
Medical Center

an affiliate of  CHRISTUS  
Health.

Effective July 1, 2016

**THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.**

## Who We Are

This Notice describes the privacy practices of **Natchitoches Regional Medical Center**, including all of our employees with access to your medical records, billing records or other information about your health care.

As used in this Notice, the term “health information” means information that identifies you. Examples include your name, date of birth, Social Security number, health care you received and details regarding the payment for your health care.

## Our Privacy Obligations

We understand that your health information is personal and we are committed to protecting your privacy. In addition, we are required by law to maintain the privacy of your health information, to provide you with this Notice of our legal duties and privacy practices with respect to your health information, and to notify you in the event of a breach of your unsecured health information. We may disclose your information electronically or in any other medium. However, whenever we use or disclose your health information, we are required to abide by the terms of the Notice that is in effect at the time of the use or disclosure.

## Uses and Disclosures of Your Health Information Without Your Written Authorization

In certain situations (which are described in the next section below) we must obtain your authorization in order to use and/or disclose your health information. However, we may use and disclose your health information without your authorization for the following purposes:

- A. For Treatment.** We may use or disclose your health information to help with your health care. For example, we may use your health information to tell you about services that are available to you or to remind you about appointments. Information may be shared with pharmacies, laboratories or radiology for the coordination of different treatments.
- B. For Payment.** We may use and disclose your health information so claims for health care treatment, services, and supplies you receive from health care providers may be paid. For example, we may receive and maintain information about surgery you received to enable us to process a hospital's claim for reimbursement of surgical expenses incurred on your behalf.
- C. Health Care Operations.** We may use and disclose your health information for our health care operations, which help us do our job and operate our business. Medical residents, trainees, students and volunteers may have access to your health information for training, education and service purposes as they participate in educational programs, training, internships, resident programs, or Natchitoches Regional Medical Center's volunteer program.
- D. Facility Directory.** Unless you object, your name, location in the facility, general condition and religious affiliation will be used for patient directories, in those entities where such directories are maintained. This information, except for religious affiliation, may be provided to people who ask for you by name. Religious affiliation may be provided to members of the clergy.

- E. Health Information Exchange.** Your health information is kept in an electronic format and may be electronically shared with certain entities and partners. The electronic format is designed to link participating facilities so that those facilities may have access to your health information to coordinate care more easily and quickly. Participation is voluntary, unless required by law, and you may opt out of participation at any time. If you opt out, your health information will not be shared electronically with other healthcare partners. You can change your mind or withdraw consent at any time, unless disclosure is required by law; however, we cannot take back information that has already been shared.
- F. Quality Improvement.** We may use and disclose your health information for internal administration and planning and various activities that improve the quality and cost effectiveness of the benefits that we deliver to you. We may use your health information for case management or to perform population-based studies designed to reduce health care costs. In addition, we may use or disclose your health information to conduct compliance reviews, audits, and/or for fraud and abuse detection. We are prohibited from using or disclosing your genetic information for underwriting purposes.
- G. To a Business Associate.** Certain services are provided to us through contracts with third party entities known as “business associates” that might require access to your health information in order to provide such services. Examples include transcription agencies and copying services. Natchitoches Regional Medical Center requires these business associates to appropriately protect your health information in compliance with all laws.
- H. Family and Friends.** We may disclose your health information to a close friend, family member or any other person identified by you who is involved in, or who helps pay for, your health care if you are present and do not object to the disclosure (or if it can be reasonably inferred from the circumstances, based on exercise of professional judgment, that you would not object to the disclosure).
- I. Continuity of Care.** Once you have been discharged, your information may be shared with other healthcare providers such as home health agencies and community services agencies in order to obtain their services on your behalf. Also, we may use your health information to contact you with information about disease prevention and health management.
- J. Additional Uses and Disclosures.** We may also use and disclose your health information without your authorization for the following purposes:
  - As Required by Law
  - Public Health Activities
  - To Avoid a Serious Threat to Health or Safety
  - Abuse, Neglect, or Domestic Violence reporting
  - Health Oversight Agencies
  - Notification/Disaster Relief Purposes
  - Military, National Security, or Incarceration/Law Enforcement Custody
  - Organ, Eye or Tissue Donation
  - Activities related to Death
  - Workers' Compensation
  - Some Research Studies

**K. Marketing.** We may only use your health information for limited marketing purposes as follows: face-to-face communications, promotional gifts of nominal value, refill reminders, or to otherwise tell you about a drug related to your treatment or our healthcare operations as described in this Notice. Examples of these communications include: case management, care coordination, or treatment alternatives that may be available.

**L. Fundraising Communications.** We may contact you to request a tax-deductible contribution to support our charitable activities. In connection with any fundraising, we may disclose to our fundraising staff, without your written authorization, your demographic information (such as your name, address and phone number), dates on which we provided health care to you, the department that treated you, the names of your treating physicians, information regarding the outcome of your treatment, and your health insurance status. You have the right to opt-out of receiving future communications with each solicitation. Information on how to opt-out will be contained in each communication.

*State law may further limit the permissible ways we use or disclose your health information. If an applicable state law imposes stricter restrictions, we will comply with that state law.*

### Uses and Disclosures that Require Your Written Authorization

For any purpose other than the ones described above, we only use or disclose your health information when you give us your written authorization.

**A. Sale of Health Information.** We will not make any disclosure of health information that is a sale of health information without your written authorization.

**B. Psychotherapy Notes.** We will not use or disclose psychotherapy notes about you without your authorization except for use by the mental health professional who created the notes to provide treatment to you, for our mental health training programs or to defend ourselves in a legal action or other proceeding brought by you.

**C. Revocation of Your Authorization.** You may revoke your authorization at any time by delivering a written revocation form to our Privacy Office. If you revoke your authorization, we will no longer use or disclose your health information except as described above (or as permitted by any other authorizations that have not been revoked). However, your revocation will not be effective with respect to any health information previously disclosed to a third party in reliance on your prior authorization.

### Your Individual Rights

**A. Right to Receive this Notice of Privacy Practices.** You have the right to receive a copy of this Notice at any time. You may obtain a paper copy of the current notice in all clinical areas or an electronic copy by visiting our website.

**B. Right to Request Restrictions.** You can ask us not to use or share certain health information for treatment, payment, or our operations. We are not required to agree to your request, and we may say "no" if it would affect your care. If you pay for a service or health care item out-of-pocket in full, you can ask us not to share that information for the purpose of payment or our operations with your health insurer. We will say "yes" unless a law requires us to share that information.

**C. Right to Receive Communications by Alternative Means or at Alternative Locations.** You may request, and we will accommodate, any reasonable written request for you to receive your health information by alternative means of communication (e.g., by email) or at alternative locations.

**D. Right to Review and Copy Your Health Information.** You may request access to your medical record file and billing records maintained by us in order to review and request copies of the records. Under limited circumstances, we may deny you access to a portion of your records. If you desire access to your records, please obtain a record request form from Health Information Management and submit the completed form to Health Information Management. If you request copies, we may charge you a reasonable copy fee.

**E. Right to Amend Your Records.** You have the right to request that we amend your health information maintained in your medical record file or billing records. If you desire to amend your records, please obtain an amendment request form from Health Information Management and submit the completed form to Health Information Management. We will comply with your request unless we believe that the information that would be amended is accurate and complete or other special circumstances apply.

**F. Right to Receive An Accounting of Disclosures.** Upon request, you may obtain an accounting of certain disclosures of your health information made by us during any period of time prior to the date of your request provided such period does not exceed six years. If you request an accounting more than once during a twelve (12) month period, we may charge you a reasonable fee for the accounting statement.

**G. Personal Representatives.** You may exercise your rights through a personal representative, as permitted under our health information privacy policy, and as determined under applicable state law. Your personal representative must complete a Personal Representative Form. We reserve the right to deny access to your personal representative.

**H. For Further Information; Complaints.** If you desire further information about your privacy rights, are concerned that we have violated your privacy rights or disagree with a decision that we made about access to your health information, you may contact our Privacy Office. You may also file written complaints with the Office for Civil Rights of the U.S. Department of Health and Human Services. Upon request, the Privacy Office will provide you with the correct address for the Office for Civil Rights. We will not retaliate against you if you file a complaint with us or with the Office for Civil Rights.

### Privacy Office Contact Information

If you have a question, concern, or complaint regarding how your health information is protected, used, and/or disclosed, you may contact the Privacy Office by any of the following means:

**Phone:** 318-214-4293

**Mail:** Privacy Officer  
Natchitoches Regional Medical Center  
501 Keyser Avenue  
P.O. Box 2009  
Natchitoches, LA 71457

### Right to Change Terms of this Notice

We can change the terms of this Notice, and the changes will apply to all information we have about you.

The new Notice will be available upon request, in our office and on our website at [www.nrmchospital.org](http://www.nrmchospital.org).

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Natchitoches Regional  
Medical Center

an affiliate of  CHRISTUS  
Health

Este aviso tiene vigencia a partir del 1 de julio de 2016

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE SU PERSONA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALA CUIDADOSAMENTE.**

## Quiénes somos

Este Aviso describe las prácticas de privacidad de **Natchitoches Regional Medical Center**, que abarcan a todos nuestros empleados con acceso a sus historiales clínicos, registros de facturación u otra información sobre su atención médica.

Para propósitos de este Aviso, el término "información de salud" significa información que permite identificarlo personalmente. Los ejemplos incluyen su nombre, fecha de nacimiento, número de seguridad social, la atención médica que recibió y los detalles sobre el pago de su atención médica.

## Nuestras obligaciones en materia de privacidad

Entendemos que su información de salud es personal y estamos comprometidos con la protección de su privacidad. Adicionalmente, estamos obligados por ley a salvaguardar la privacidad de su información de salud, proporcionarle este Aviso de nuestros deberes jurídicos y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud y a notificarle en caso de una violación a su información de salud no protegida. Podemos divulgar su información por vía electrónica o a través de cualquier otro medio. Sin embargo, siempre que utilicemos o divulguemos su información de salud, estamos obligados a acatar los términos del Aviso en vigor al momento del uso o divulgación.

## Usos y divulgaciones de su información de salud sin su autorización

En ciertas situaciones (las cuales se describen en la sección que se encuentra a continuación) debemos obtener su autorización para poder usar y/o divulgar su información de salud. Sin embargo, podemos usar y divulgar su información de salud sin su autorización para los siguientes propósitos:

- A. Para tratamiento.** Podemos usar o divulgar su información de salud para ayudar con su atención médica. Por ejemplo, podemos utilizar su información de salud para comentarle sobre servicios que están disponibles para usted o para recordarle sobre sus citas. Podemos compartir información con farmacias, laboratorios o unidades de radiología para coordinar diversos tratamientos.
- B. Para pagos.** Podemos usar y divulgar su información de salud para permitir el pago de reclamos por tratamiento, servicios y suministros de atención médica recibidos de proveedores de atención médica. Por ejemplo, podemos recibir y conservar información sobre cirugías a las que se ha sometido para permitirnos procesar un reclamo de reembolso para el hospital por concepto de gastos quirúrgicos generados a su nombre.
- C. Operaciones de atención médica.** Podemos usar y divulgar su información de salud para nuestras operaciones de atención médica, lo cual nos ayuda a hacer nuestro trabajo y dirigir nuestro negocio. Los médicos residentes, practicantes, estudiantes y voluntarios podrán tener acceso a su información de salud con fines de capacitación, educación y servicios mientras participan en programas educativos, capacitaciones, pasantías, programas de residencia o el programa de voluntariado de Natchitoches Regional Medical Center.
- D. Directorio de establecimientos.** A menos que usted tenga reparos, podremos usar su nombre, ubicación en el establecimiento, condición y afiliación religiosa para la preparación de directorios de pacientes, en aquellas entidades en que se mantengan dichos directorios. Esta información, excepto en lo que se relaciona con su afiliación religiosa, podrá ser facilitada a quienes pregunten por usted mencionando su nombre. Información sobre afiliación religiosa podrá ser facilitada a clérigos.

- E. Intercambio de información de salud.** Mantenemos su información de salud en formato electrónico, y ésta podrá compartirse electrónicamente con ciertas entidades y socios. El formato electrónico está diseñado para vincular a los establecimientos participantes, de modo que los mismos podrán acceder a su información de salud a fin de coordinar su atención en forma más sencilla y rápida. La participación es voluntaria a menos que lo exija la ley, y usted podrá excluirse en forma voluntaria de participar en cualquier momento. Si se excluye en forma voluntaria de participar, su información de salud no será compartida electrónicamente con otras entidades de atención de salud asociadas. Usted puede cambiar de opinión o retirar su consentimiento en cualquier momento, a menos que la ley exija divulgar dicha información. No obstante, no podemos recuperar información que ya haya sido compartida.
- F. Mejoramiento de calidad.** Podremos usar y divulgar su información de salud para fines de administración interna y planeación y diversas actividades que mejoren la calidad y economía de las prestaciones que le ofrecemos. Podremos usar su información de salud para el manejo de casos o para realizar estudios poblacionales diseñados para reducir los costos de atención de salud. Asimismo, podremos usar o divulgar su información de salud para realizar revisiones de cumplimiento normativo, auditorías y/o para la detección de fraudes o abusos. Tenemos prohibido usar o divulgar su información genética para fines de contratación de seguros.
- G. A un colaborador.** Terceras entidades conocidas como "colaboradores" nos prestan ciertos servicios. Estas entidades podrían requerir acceso a su información de salud con el fin de proporcionar dichos servicios. Ejemplos incluyen agencias de transcripción y servicios de copiado. Natchitoches Regional Medical Center exige que estos colaboradores protejan adecuadamente su información de salud, en cumplimiento de todas las leyes.
- H. Familiares y amigos.** Podemos divulgar su información de salud a un amigo cercano, a un familiar o a cualquier otra persona que usted identifique como alguien que está involucrado o que le ayuda a pagar por su atención médica si usted está presente y no tiene objeciones a la divulgación (o si se puede inferir razonablemente, a la luz de las circunstancias, con base en el ejercicio de nuestro criterio profesional, que usted no tiene objeciones).
- I. Atención permanente.** Una vez que se le haya dado el alta, podremos compartir su información con otros prestadores de cuidados de salud, tales como agencias de atención de salud a domicilio y agencias de servicios comunitarios a fin de obtener sus servicios en representación de usted. Asimismo, podremos usar su información de salud para contactarle a fin de ofrecerle información sobre la prevención de enfermedades y gestión sanitaria.
- J. Usos y divulgaciones adicionales.** También podemos usar y divulgar su información de salud sin su autorización para los siguientes propósitos:
  - Conforme lo requiera la ley
  - Actividades de salud pública
  - Para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad
  - Para informar sobre maltrato, abandono o violencia doméstica
  - Actividades de supervisión de la salud
  - Notificaciones/Socorro en caso de catástrofes naturales
  - Temas militares, de seguridad nacional, reclusión o custodia policial
  - Donación de órganos, ojos o tejidos
  - Actividades relacionadas con fallecimientos
  - Seguro por accidentes laborales
  - Algunos estudios de investigación



**K. Mercadotecnia.** Sólo podremos usar su información de salud con fines de mercadotecnia limitados, de la siguiente forma: comunicaciones presenciales, regalos promocionales con valor simbólico, recordatorios de reposición, o para informarle sobre un medicamento relacionado con su tratamiento o nuestras operaciones de atención de salud, como se describen en este Aviso. Ejemplos de estas comunicaciones incluyen la gestión de casos, coordinación de atenciones o alternativas terapéuticas que pudieran estar disponibles.

**L. Comunicaciones para recaudación de fondos.** Podemos contactarlo para solicitar una aportación deducible de impuestos para apoyar nuestras actividades caritativas. En conexión con cualquier recaudación de fondos, podemos divulgar a nuestro personal de recaudación, sin su autorización por escrito, su perfil demográfico (que incluye su nombre, dirección y número de teléfono), las fechas en las que le proporcionamos atención médica, el departamento que lo trató, los nombres de los médicos que lo trataron, información sobre el resultado de su tratamiento y su situación en cuanto a seguros médicos. Usted tiene derecho a una exclusión voluntaria de recibir comunicaciones en el futuro con cada solicitud. La información de cómo llevar a cabo esta exclusión se encontrará en cada una de las comunicaciones.

***Las leyes estatales pueden limitar de otras maneras las formas en las que se nos permite usar o divulgar su información de salud. Si una ley estatal aplicable impone restricciones más estrictas, acataremos dicha ley estatal.***

#### **Usos y divulgaciones que requieren su autorización por escrito**

Para todo fin distinto a los descritos anteriormente, únicamente usamos o divulgamos su información de salud cuando usted nos otorga su autorización por escrito.

**A. Venta de información de salud.** No divulgaremos información de salud cuando ello constituya una venta de información de salud sin su autorización por escrito.

**B. Notas de psicoterapia.** No usaremos ni divulgaremos las notas de psicoterapia relacionadas con usted sin su autorización, excepto para su uso por parte del profesional de la salud mental que las haya creado para brindarle tratamiento, para nuestros programas de capacitación de salud mental o para defendernos en caso de alguna acción judicial u otro procedimiento interpuesto por usted.

**C. Revocación de su autorización.** Usted puede revocar su autorización en cualquier momento presentando un formulario de revocación por escrito en nuestra Oficina de Privacidad. De revocar su autorización, perderemos la capacidad de usar o divulgar su información de salud excepto en las maneras descritas anteriormente (o según lo permita cualquier otra autorización que no se haya revocado). Sin embargo, su revocación no aplicará con respecto a cualquier información de salud divulgada previamente a un tercero de conformidad con su autorización previa.

#### **Sus derechos individuales**

**A. Derecho de recibir este aviso de prácticas de privacidad.** Usted tiene el derecho de recibir una copia de este Aviso en cualquier momento. Podrá obtener una copia impresa del aviso actual en todas las áreas de atención clínica o una copia electrónica si visita nuestro sitio de internet.

**B. Derecho de solicitar restricciones.** Usted puede solicitar que no usemos ni compartamos cierta información de salud relacionada con tratamientos, pagos o nuestras operaciones. No estamos obligados a acceder a su solicitud y podremos decir “no” si ello afectase su atención. Si usted paga de su bolsillo, y en forma completa, por un servicio o artículo de atención médica, usted puede solicitar que no compartamos esa información para efectos de pago o nuestras operaciones con su compañía de seguro de gastos médicos. Diremos “sí” a menos que alguna ley nos exija compartir esa información.

**C. Derecho de recibir información por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.** Usted puede presentar una solicitud razonable por escrito para recibir su información de salud por medios alternativos de comunicación (por ejemplo, vía correo electrónico) o en ubicaciones alternativas y nosotros la acataremos.

**D. Derecho de examinar y copiar su información de salud.** Usted puede solicitar acceso al expediente de su historia clínica y registros de facturación que conservamos, con el fin de examinar y solicitar copias de sus registros. En circunstancias limitadas, podemos negarle acceso a una parte de sus registros. Si desea tener acceso a sus registros, debe obtener una solicitud de registro de la Health Information Management (Administración de Información de Salud) y presentar el formulario completado a dicha administración. En caso de que solicite copias, podemos cobrarle una tarifa razonable por este servicio.

**E. Derecho de corregir sus expedientes.** Usted tiene el derecho de solicitar que corrijamos la información de salud que se conserva en el expediente de su historia clínica o en sus registros de facturación. Si desea que se corrijan sus registros, debe obtener un formulario de solicitud de corrección de la Administración de Información de Salud (Health Information Management) y presentar el formulario completado a dicha administración. Acataremos su solicitud a menos que consideremos que la información que desea corregir es precisa y completa, o que apliquen otras circunstancias especiales.

**F. Derecho a recibir un informe sobre los datos divulgados.** Previa solicitud, usted puede obtener un informe sobre ciertas divulgaciones de su información de salud que realizamos durante cualquier período de tiempo a la fecha de su solicitud, siempre y cuando dicho período no supere los seis años. Si solicita un informe más de una vez en un período de doce (12) meses, podemos cobrarle una tarifa razonable por el informe.

**G. Representantes personales.** Usted puede ejercer sus derechos a través de un representante personal, de conformidad con lo permitido bajo nuestra política de privacidad de información de salud y según lo determinado por las leyes estatales pertinentes. Su representante personal debe completar un Formulario de Representante Personal (Personal Representative Form). Nos reservamos el derecho de negar el acceso a su representante personal.

**H. Para más información; Quejas.** Si desea más información sobre sus derechos a la privacidad, si le inquieta que podamos haber violado sus derechos a la privacidad o si no está de acuerdo con una decisión que hemos tomado sobre su información de salud, puede ponerse en contacto con nuestra Oficina de Privacidad. También puede presentar quejas por escrito ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (Office for Civil Rights of the U.S. Department of Health and Human Services). Previa solicitud, la Oficina de Privacidad le proporcionará la dirección correcta de la Oficina de Derechos Civiles. No tomaremos ninguna represalia contra usted si presenta una queja ante nosotros o ante la Oficina de Derechos Civiles.

#### **Información de contacto de la Oficina de Privacidad**

Si tiene preguntas, inquietudes o quejas relacionadas con la protección, el uso y/o la divulgación de su información de salud, puede ponerse en contacto con la Oficina de Privacidad por cualquiera de los siguientes medios:

**Teléfono: 318-214-4293**

**Correo: Privacy Officer  
Natchitoches Regional Medical Center  
501 Keyser Avenue  
P.O. Box 2009  
Natchitoches, LA 71457**

#### **Derecho a cambiar los términos de este Aviso**

Podemos cambiar los términos de este Aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que se encuentre en nuestra posesión respecto de su persona.

El nuevo Aviso estará disponible, previa solicitud, en nuestra oficina, y en nuestro sitio de internet, en la dirección [www.nrmchospital.org](http://www.nrmchospital.org).