

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES OF

Tallahassee Memorial Healthcare, Inc.

Effective Date: April 14, 2003, and Revised: February 16, 2026

This notice covers the Tallahassee Memorial Hospital and all TMH clinics for inpatient and outpatient services operated by Tallahassee Memorial HealthCare, Inc.

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.

A. PURPOSE OF THE NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Tallahassee Memorial HealthCare, Inc. ("TMH" or "we") follow all privacy laws, including the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 and the regulations issued under this Act (HIPAA). We must keep your health information private by law and give you this Notice of Privacy Practices (the "Notice") that explains our privacy practices, legal duties, and your rights regarding your health information. We also follow the confidentiality rules of 42 C.F.R Part 2 for certain substance use disorder-related records. Information about additional rights and restrictions in our substance use disorder programs is set forth in this Notice (see Addendum A) If HIPAA and another federal or state law conflict, we follow the law that is most protective of you.

B. OUR LEGAL DUTY REGARDING YOUR MEDICAL INFORMATION

We are required by law to keep private any medical information that identifies you and provide you with a description of our privacy practices with respect to your medical information. We will follow applicable laws and the terms of the notice that is currently in effect.

C. HOW WE MAY USE AND DISCLOSE HEALTH INFORMATION ABOUT YOU

1. Permitted and Required Uses and Disclosures of Your Health Information Which DO NOT Require Your Written Authorization or the Opportunity for You to Object or Agree

For Treatment: We may use health information about you to provide you with medical treatment or services. We may disclose medical information about you to doctors, nurses, technicians, training doctors, or other health care professionals who are involved in taking care of you. For example, a doctor treating you for a broken leg may need to know if you have diabetes because diabetes may slow the healing process. Different healthcare professionals also may share health information about you in order to coordinate the different things you may need, such as medications, lab work, meals, and x-rays. We may also disclose medical information about you to people outside the facility who may be involved in your medical care after you are discharged or that provide services that are part of your continuing care.

For Payment: We may use and disclose health information about your treatment and services to bill and collect payment from you, your insurance company or a third-party payer. For example, we may need to give your insurance company information about your treatment so they will pay us or reimburse you. We may also use and disclose medical information about you to obtain prior approval or determine whether your insurance plan will cover the treatment. We may contact you for the purpose of billing/collection efforts. This may include leaving a message on your answering machine/voice mail.

For Health Care Operations: Members of our medical staff, clinical departments, and administrative units may use information in your medical record to review the care and outcomes in your case and similar cases. This is necessary to continually improve the quality of care for all patients we serve. For example, we may disclose information to doctors, nurses, technicians, training doctors, medical students, and other facility personnel for review and learning purposes. We may also use and disclose health information to assess your satisfaction with our services and for reviewing the competence of health care professionals.

Business Associates: Certain services are provided in our organization through contracts with business associates. We may disclose your health information to our business associates so that they can perform

the job we've asked them to do. Some examples include CPA firms whose accounting services involve access to protected health information, healthcare clearinghouses that transmit claims on our behalf, independent medical transcriptionists who type medical reports, or a copy service we use to make copies of your health record. To protect your privacy, we require each business associate to sign an agreement that obligates the business associate to use appropriate safeguards to protect your health information.

Funeral Directors and Medical Examiners: Consistent with applicable law, we may use and disclose your health information to inform funeral directors and medical examiners in the event of your death.

Research: We may disclose information to researchers with your written consent or when an institutional review board (IRB) that has reviewed the research proposal and established protocols to ensure the privacy of your health information has approved their research and granted a waiver of the authorization requirement. Researchers may contact you regarding your interest in participating in certain research studies only if they have been given permission to do by the IRB process or by written consent. Researchers may contact you regarding your interest in participating in certain research studies only if they have been given permission to do so by the IRB process or by your written consent.

Future Communications: We may communicate to you via newsletters, mailings or other means regarding treatment options, health related information, disease-management programs, wellness programs, or other community-based initiatives or activities in which our facilities are participating.

As Required by Law: We will disclose medical information about you when required to do so by federal, state or local law. This may include, but is not limited to requests from the following types of entities: 1) Food and Drug Administration; 2) Public Health or Legal Authorities charged with preventing or controlling disease, injury or disability; 3) Governmental Authority which by law receives the reports of child abuse and neglect; 4) Protective Services for Victims of Abuse, Neglect or Domestic Violence; 5) Correctional Institutions; 6) Workers Compensation Agents; 7) Organ and Tissue Donation Organizations; 8) Military Command Authorities; 9) Health Oversight Agencies; 10) National Security and Intelligence Agencies; 11) Protective Services for the President and Others.

Law Enforcement/Legal Proceedings: We may disclose health information for law enforcement purposes as required by law or in response to a valid subpoena.

Appointment Reminders: We may use and disclose medical information to contact you as a reminder that you have an appointment for treatment or medical care. This may include leaving a message on your answering machine/ voice mail.

Fundraising Activities: We may use health information about you in an effort to raise money for Tallahassee Memorial HealthCare, Inc. and its operations. We may disclose certain information to the TMH Foundation so that the Foundation may raise money for the hospital. You have the right to request (opt-out) that we do not contact you for fund-raising efforts. **If you do not want to be contacted for fundraising efforts, you must notify us as directed by the fundraising communication (correspondence) or notify our Privacy Officer by phone or in writing at the number or address on the last page.**

Affiliated Covered Entities: Protected health information will be made available to personnel at all facilities affiliated with and managed by Tallahassee Memorial HealthCare as necessary to carry out treatment, payment, and health care operations. Caregivers at other facilities may have access to protected health information at their locations to assist in

reviewing past treatment information as it may affect treatment at this time. **Please contact the TMH Privacy Officer for further information on the specific sites which are affiliated with TMH.**

Organized Health Care Arrangement: Our facilities and their medical staff members share an organized health care arrangement. Information will be shared as necessary to carry out treatment, payment, and health care operations. Physicians and caregivers may have access to protected health information in their offices to assist in reviewing past treatment as it may affect treatment at the time.

Data Aggregation: We may disclose protected health information to permit data aggregation with other health care providers for our health care operations such as quality assessment and improvement activities, population health analysis or clinical guideline development.

De-identified Information: We may use or disclose protected health information to create de-identified information which is not individually identifiable health information.

2. Uses and Disclosures of Your Health Information Which DO Require That You Have the Opportunity to Object or Agree

We may disclose the following kinds of health information about you, if you are informed in advance of the use and disclosure, and you have had the opportunity to agree to or prohibit or restrict the use and disclosure of this information. We may inform you verbally or in writing of these types of uses and disclosures, and you may agree or object verbally or in writing to these uses and disclosures.

Facility Directory: We may include certain limited information about you in our facility directory while you are a patient here. This information may include your name and location (whether an inpatient, outpatient, or Emergency Center patient.) It may also include your general condition (e.g. fair, stable, etc.) and your religious affiliation. This information may be provided to members of the clergy and, except for religious affiliation, to other people who ask for you by name. **If you do not wish to be included in the Facility Directory, please advise the Registration staff and time of your registration, or anytime during the stay.**

Individuals Involved in Your Care or Payment for Your Care: We may release medical information about you to a friend or family member who is involved in your medical care. We may also give information to someone who is responsible for or who helps pay for your care. In addition, we may disclose health information about you to an entity assisting in a disaster relief effort so that your family can be notified about your condition, status and location.

Health Information Exchange: We take part in electronic health information exchanges (HIEs), which let us share your health information with other providers for treatment and health care operation purposes. **If you do not wish your medical information to be shared through an HIE and wish to “opt-out”, please notify the registration team or contact the TMH Privacy Officer. Uses and Disclosures of Your**

Health Information Which Requires Your Authorization:

The following uses and disclosures will be made only with your written permission: 1) Most uses and disclosures of psychotherapy notes; 2) Disclosures that constitute the sale of your Protected Health Information; and 3) Uses and disclosures for marketing purposes.

D. YOUR RIGHTS REGARDING YOUR MEDICAL INFORMATION

Your medical record is the physical property of the healthcare practitioner or facility that compiled it; however, **you have the right to:**

Inspect and Copy: You have the right to inspect and obtain a copy of the health information that may be used to make decisions about your care. Usually, this includes medical and billing records but does not include psychotherapy notes. **To inspect and obtain a copy of your medical information, you must submit your request in writing to our Privacy Officer or our Director, Medical Records at the address at the end of this notice.**

If you request a copy of the information, we may charge a fee for the costs of copying, mailing or other supplies associated with your request. We may deny your request to inspect and copy in certain circumstances. If you are denied access to medical information, you may request that the denial be reviewed. Another licensed health care professional

selected by Tallahassee Memorial HealthCare will review your request and the denial. We will comply with the outcome of the review.

Amend: If you feel that the medical information we have about you is incorrect or incomplete, you may ask us to amend the information. You have the right to request an amendment for as long as the information is kept by or for the facility. **To request an amendment, your request must be made in writing and submitted to our Privacy Officer.** In addition, you must provide a reason that supports your request. We may deny your request for an amendment and if this occurs, you will be notified of the reason for the denial.

An Accounting of Disclosures: You have the right to request an accounting of disclosures. This is a list of certain disclosures we make of your health information for purposes other than treatment, payment or health care operations where an authorization was not required. **To request an accounting of disclosures, you must submit your request in writing to our Privacy Officer.**

Request Restrictions: You have the right to request a restriction or limitation on the health information we use or disclose about you for treatment, payment or health care operations. You also have the right to request a limit on the health information we disclose about you to someone who is involved in your care or the payment for your care, like a family member or friend. For example, you could ask that we not use or disclose information about a surgery you had. With the exception of “Out-of-Pocket Payments,” described below, we are not required to agree to your request. If we do agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide you emergency treatment.

To request restrictions, you must make your request in writing to our Privacy Officer. In your request, you must tell us (1) what information you want to limit; (2) whether you want to limit our use, disclosure, or both; and (3) to whom you want the limits to apply. Restrictions may be terminated upon your oral or written agreement, your written request or upon you receiving a notice from us that we are terminating the agreement to a restriction.

To request restrictions regarding your presence and/or location in the facility, you must make this known when you register or check in as a patient.

Out-of-Pocket Payments: If you prefer that we not bill your health plan for a specific item or service and you have timely paid out-of-pocket in full for that specific item or service, then you have the right to ask that your protected health information with respect to that item or service not be disclosed to a health plan for purposes of payment or health care operations, and we will honor that request. Your request to limit disclosure in this way must be submitted in writing.

Request Confidential Communications: You have the right to request that we communicate with you about medical matters in a certain way or at a certain location. For example, you may ask that we contact you at work instead of your home. The facility will grant reasonable requests for confidential communications at alternative locations and/or via alternative means **only if the request is submitted in writing to our Privacy Officer.** We will not ask you the reason for your request. Your request must specify how or where you wish to be contacted.

Notification of a Breach: You have the right to be notified of any breach of your unsecured protected health information.

Right to Obtain a Copy of this Notice: You have the right to a paper copy of this notice at any time. Even if you have agreed to receive this notice electronically, you are still entitled to a paper copy of this notice. You may view it electronically via the TMH website at www.tmh.org.

E. OTHER USES OF MEDICAL INFORMATION WHICH REQUIRE YOUR WRITTEN AUTHORIZATION

Other uses and disclosures of medical information not covered by this notice or the laws that apply to us will be made only with your written permission. If you provide us permission to use or disclose medical information about you, you may revoke that permission, in writing to our Privacy Officer, at any time. If you revoke your permission, we will no longer use or disclose health information about you for the reasons covered by your written authorization. You understand that we are unable to take back any disclosures we have already made with your permission, and that we are required to retain our records of the care that we provided to you.

F. CHANGES TO THIS NOTICE

We may change our practices and the terms of this Notice at any time and make the new practices and notice effective for all health information we have. Before changes take effect, we will post the revised Notice and make copies available in places where we provide care. The revised notice will be on our website at www.tmh.org. You can get this notice in writing at any time. You have the right to obtain a copy of the revised notice upon request.

COMPLAINTS

If you believe TMH failed to comply with this Notice or that TMH has violated these privacy rights, you may file a written complaint with the TMH Privacy Officer, or the U.S. Department of Health and Human Services. TMH will not retaliate against you for filing a complaint. If TMH determines that your privacy rights have been violated, you will be notified by the TMH Privacy Officer (or their designee).

CONTACT INFORMATION

You may contact the TMH Privacy Officer for further information about the complaint process or for further explanation of this document. **The TMH Privacy Officer (or their designee) may be contacted at:**

Tallahassee Memorial HealthCare, Inc.

TMH Privacy Officer
1300 Miccosukee Road
Tallahassee, FL 32308
Phone: 850-431-5339
Fax: 850-431-6046
compliance@tmh.org

To contact TMH Health Information Management (medical records), call 850-431-7975.

Office of Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services
Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 16T70
61 Forsyth Street, S.W.
Atlanta, GA 30303-8909
Phone: 800-368-1019
TDD: 800-537-7697
Fax: 202-619-3818
ocrmail@hhs.gov

ADDENDUM A

A. DISCLOSURES OF INFORMATION SUBJECT TO PART 2 SUBSTANCE USE DISORDER RULES

In addition to HIPAA and applicable state law, we follow the confidentiality protections of 42 C.F.R. Part 2 (“Part 2”) for programs that diagnose, treat, or refer individuals for treatment of substance use disorders (“Part 2 Programs”). This Addendum outlines the specific rights and restrictions that apply to records maintained by Part 2 Programs. Unless otherwise stated, the rights and restrictions described in this Notice apply to all records protected under Part 2.

B. HOW WE MAY USE AND DISCLOSE YOUR HEALTH INFORMATION

The following is a summary of the limited circumstances under which we may acknowledge your presence or disclose information about you to individuals outside the Part 2 Program without your permission.

MEDICAL EMERGENCIES We may disclose your information to medical personnel to the extent necessary to meet a bona fide medical emergency during which you are unable to provide prior informed consent of the disclosure. We may also disclose your identifying information to medical personnel of the Food and Drug Administration (“FDA”) who assert a reason to believe that your health may be threatened by an error in the manufacture, labeling, or sale of a product under FDA jurisdiction, and that the information will be used for the exclusive purpose of notifying patients or their physicians of potential dangers.

RESEARCH Under certain circumstances, we may disclose your information for scientific research, subject to certain safeguards.

AUDIT AND EVALUATIONS We may disclose information to others for specific audits or evaluations, including those who provide financial assistance to TMH or those who conduct audits and evaluations necessary under federally funded health care programs and federal agencies with oversight of those programs.

REPORTING CERTAIN CRIMINAL CONDUCT Part 2 does not protect the following information: 1) Information related to your commission of a crime on the premises of a TMH facility; 2) Information related to your commission of a crime against TMH personnel; and 3) Reports of suspected child abuse and neglect made under state law to the appropriate state or local authorities.

DECEASED PATIENTS We may disclose your information relating to cause of death under laws requiring the collection of death or other vital statistics or permitting inquiry into the cause of death.

JUDICIAL PROCEEDINGS We may disclose information about you in response to a court order that complies with the requirements of the regulations.

PUBLIC HEALTH Substance use disorder records may be shared for public health purposes without your consent if we de-identify the information so you cannot be identified.

QUALIFIED SERVICE ORGANIZATIONS We will disclose your information to our qualified service organizations to the extent necessary for these entities to provide services to the Part 2 Program.

C. USES AND DISCLOSURES REQUIRING YOUR WRITTEN CONSENT

We must obtain your written consent where required under HIPAA and as discussed elsewhere in this Notice. In addition, written consent is required for Part 2 Programs as described below:

1) Treatment, Payment, and Healthcare Operations. If we have your consent, we may use your Part 2 records for your treatment, to process claims and obtain payment, and to administer our Part 2 Programs, including conducting quality reviews.

2) OTHER INFORMATION ABOUT PART 2 PROGRAMS

- 1) You may provide a single consent for all future uses or disclosures for treatment, payment, and health care operations.
- 2) You may revoke your consent at any time, except to the extent that the Program has acted in reliance upon it. You may revoke consent by submitting a request in writing to one of our Privacy Officers listed in this Notice.
- 3) Records that are disclosed to a Part 2 Program, an entity covered by HIPAA, or business associate pursuant to your written consent for treatment, payment, and health care operations may be further disclosed by that Part 2 Program, covered entity, or business associate, without your written consent, to the extent the HIPAA regulations permit such disclosure. However, these records cannot be used in legal proceedings against you without specific consent or a court order.
- 4) A Part 2 Program may use or disclose records to fundraise for the benefit of the Part 2 Program only if you are first provided with a clear and conspicuous opportunity to elect not to receive fundraising communications. You have the right to elect not to receive fundraising communications; and
- 5) Records, or testimony relaying the content of such records, shall not be used or disclosed in any civil, administrative, criminal, or legislative proceedings against you unless based on your specific written consent or a court order. Records shall only be used or disclosed based on a court order after notice and an opportunity for a hearing is provided to you (the patient) and/or the holder of the record, where required by 42 USC § 290dd-2 and 42 CFR Part 2. A court order authorizing use or disclosure must be accompanied by a subpoena or other similar legal mandate compelling disclosure before the record is used or disclosed.

3) YOUR ADDITIONAL RIGHTS UNDER PART 2 PROGRAMS

In addition to your rights under HIPAA as described in this Notice, you have the following rights with respect to our Part 2 Programs:

- 1) You have the right to request restrictions of disclosures for purposes of treatment, payment, and healthcare operations, including when you have previously provided written consent.
- 2) You have the right to an accounting of disclosures by for the preceding three years, including information about who received your protected records, the date of the disclosure, and a brief description of the information that was disclosed. You may submit your request to one of our Privacy Officers listed in this Notice (see Addenda). We will provide an accounting of disclosures for treatment, payment, or health care operations only if made through our electronic health record; and
- 3) You have the right to a list of disclosures made by an “intermediary” for the past three years. An “intermediary” is a person (other than a Part 2 Program, a covered entity, or a business associate) who has received records under a general designation in a written patient consent to be disclosed to one or more of its member participants who have a treating provider relationship with the patient

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE Tallahassee Memorial Healthcare, Inc.

Fecha de entrada en vigor: 14 de abril de 2003 y revisado el: 16 de febrero de 2025

Este aviso cubre Tallahassee Memorial Hospital y todas las clínicas de TMH para servicios de pacientes hospitalizados y ambulatorios operados por Tallahassee Memorial HealthCare, Inc.

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

A. PROPÓSITO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Tallahassee Memorial HealthCare, Inc. (en adelante, "TMH" o "nosotros") cumple con todas las leyes de privacidad, incluyendo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) y las reglamentaciones emitidas en virtud de esta ley. De acuerdo con la ley, debemos mantener su información médica privada y le daremos este Aviso de Prácticas de Privacidad (en adelante, el "Aviso"), que explica nuestras prácticas de privacidad, deberes legales y sus derechos respecto a su información médica. También seguimos las normas de confidencialidad del 42 C.F.R Parte 2 para ciertos expedientes relacionados con trastornos por consumo de sustancias. Este Aviso incluye información sobre derechos adicionales y restricciones en nuestros programas de trastornos por consumo de sustancias (consulte el Anexo A). Si la HIPAA u otra ley federal o estatal entran en conflicto, seguimos la ley que más lo proteja.

B. NUESTRO DEBER LEGAL RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA

Estamos obligados por ley a mantener privada cualquier información médica que lo identifique y entregarle una descripción de nuestras prácticas de privacidad respecto a su información médica. Cumpliremos las leyes correspondientes y los términos del aviso vigente.

C. CÓMO PODEMOS USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

1. Usos y revelaciones permitidos y obligatorios de su información médica que NO requieren su autorización por escrito ni su oportunidad de oponerse o aceptar

Para tratamiento: Podemos usar su información médica para darle tratamiento o servicios médicos. Podemos revelar su información médica a médicos, enfermeros, técnicos, médicos en formación u otros profesionales de la salud que participen en su atención. Por ejemplo, un médico que lo trate por una pierna rota puede necesitar saber si tiene diabetes, ya que la diabetes puede ralentizar el proceso de curación. Diferentes profesionales de la salud también pueden compartir su información médica para coordinar las distintas cosas que pueda necesitar, como medicamentos, examen de laboratorio, comidas y radiografías. También podemos revelar su información médica a personas ajenas al centro que puedan estar involucradas en su atención médica después de su alta o que presten servicios que formen parte de su atención continua.

Para pago: Podemos usar y revelar información médica sobre su tratamiento y servicios para facturar y cobrar el pago a usted, a su compañía de seguros o a un tercero pagador. Por ejemplo, es posible que tengamos que dar a su compañía de seguros información sobre su tratamiento para que nos paguen o le reembolsen a usted. También podemos usar y revelar información médica sobre usted para recibir aprobación previa o determinar si su seguro cubrirá el tratamiento. Podemos comunicarnos con usted con fines de facturación o cobro. Esto puede incluir dejar un mensaje en su contestador o buzón de voz.

Para operaciones de atención médica: Los miembros de nuestro personal médico, departamentos clínicos y unidades administrativas pueden usar la información de su expediente médico para revisar su atención y resultados, en su caso y en casos similares. Esto es necesario para mejorar continuamente la calidad de la atención de todos los pacientes. Por ejemplo, podemos revelar información a médicos, enfermeros, técnicos, médicos en formación, estudiantes de medicina y otro personal del centro para su revisión y aprendizaje. También podemos usar y revelar información médica para evaluar su

satisfacción con nuestros servicios y para revisar la competencia de los profesionales de la salud.

Asociados comerciales: En nuestra organización, se prestan ciertos servicios mediante contratos con asociados comerciales. Podemos revelar su información médica a nuestros asociados comerciales para que puedan hacer el trabajo que les asignamos. Algunos ejemplos incluyen despachos de CPA cuyos servicios contables implican acceso a información médica protegida, centros de compensación médica que transmiten reclamaciones en nuestro nombre, transcriptoros médicos independientes que escriben informes médicos o un servicio de copia que usamos para hacer copias de su expediente médico. Para proteger su privacidad, exigimos que cada asociado comercial firme un acuerdo que lo obliga a usar las medidas de protección adecuadas para proteger su información médica.

Directores de funerarias y examinadores médicos: De acuerdo con la ley aplicable, podemos usar y revelar su información médica para informar a directores de funerarias y examinadores médicos si fallece.

Investigación: Podemos revelar información a los investigadores con su consentimiento por escrito o cuando una junta de revisión institucional (IRB) que haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información médica haya aprobado su investigación y concedido una exención del requisito de permiso. Los investigadores pueden comunicarse con usted sobre su posible participación en ciertas investigaciones solo si han recibido permiso para hacerlo mediante el proceso del IRB o consentimiento por escrito. Los investigadores pueden comunicarse con usted sobre su posible participación en ciertas investigaciones solo si han recibido permiso para hacerlo mediante el proceso del IRB o su consentimiento por escrito.

Comunicaciones futuras: Podemos comunicarnos con usted mediante boletines, correos u otros medios sobre opciones de tratamiento, información relacionada con la salud, programas de manejo de las enfermedades, programas de bienestar u otras iniciativas o actividades comunitarias en las que participen nuestras instalaciones.

Según lo exija la ley: Revelaremos información médica sobre usted cuando la ley federal, estatal o local lo exija. Esto incluye, entre otros, solicitudes de los siguientes tipos de entidades: 1) Administración de Alimentos y Medicamentos; 2) autoridades de salud pública o legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; 3) autoridades gubernamentales que por ley reciben reportes de abuso y negligencia infantil; 4) servicios de protección para víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica; 5) instituciones correccionales; 6) agentes de compensación laboral; 7) organizaciones de donación de órganos y tejidos; 8) autoridades de mando militar; 9) agencias de supervisión médica; 10) agencias de seguridad nacional e inteligencia y 11) servicios de protección para el presidente y otras personas.

Cumplimiento de la ley/procedimientos legales: Podemos revelar información médica para cumplimiento de la ley según lo exija la ley o en respuesta a una citación válida.

Recordatorios de citas: Podemos usar y revelar información médica para comunicarnos con usted como recordatorio de que tiene una cita recibir tratamiento o atención médica. Esto puede incluir dejar un mensaje en su contestador o buzón de voz.

Actividades de recaudación de fondos: Podemos usar su información médica para recaudar fondos para Tallahassee Memorial HealthCare, Inc. y sus operaciones. Podemos revelar cierta información a TMH Foundation para que pueda recaudar fondos para el hospital. Usted tiene derecho a pedir (optar por no participar) que no nos comuniquemos con usted para actividades de recaudación de fondos. **Si no quiere que se comuniquen con usted para actividades de**

recaudación de fondos, debe notificarnos según lo indicado en la comunicación de recaudación (correspondencia) o notificar a nuestro responsable de privacidad por teléfono o por escrito al número o a la dirección que aparece en la última página.

Entidades afiliadas cubiertas: La información médica protegida estará disponible para el personal de todos los centros afiliados y gestionados por Tallahassee Memorial Healthcare según sea necesario para hacer tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. Los cuidadores de otros centros pueden tener acceso a información médica protegida en sus centros para ayudar a revisar información de tratamientos anteriores, ya que puede afectar al tratamiento en este momento. **Comuníquese con el responsable de privacidad de TMH para recibir más información sobre los centros específicos afiliados a TMH.**

Organización de la atención médica: Nuestros centros y sus miembros del personal médico comparten un sistema de atención médica organizado. La información se compartirá según sea necesario para hacer tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. Los médicos y cuidadores pueden tener acceso a información médica protegida en sus consultas para ayudar a revisar tratamientos previos, ya que pueden afectar al tratamiento en ese momento.

Agregación de datos: Podemos revelar información médica protegida para permitir la agregación de datos con otros proveedores de atención médica para nuestras operaciones de atención médica, como actividades de evaluación y mejora de la calidad, examen de la salud poblacional o desarrollo de pautas clínicas.

Información sin identificación: Podemos usar o revelar información médica protegida para crear información sin identificación que no sea información médica identificable individualmente.

2. Usos y revelaciones de su información médica que SÍ requieren que tenga la oportunidad de oponerse o aceptar

Podemos revelar los siguientes tipos de información médica sobre usted si se le informa previamente el uso y la revelación, y usted haya tenido la oportunidad de aceptar, prohibir o restringir el uso y la revelación de esta información. Podemos informarlo de manera verbal o por escrito este tipo de usos y revelaciones, y usted puede estar de acuerdo u oponerse de manera verbal o por escrito a estos usos y revelaciones.

Directorio del centro: Podemos incluir cierta información limitada sobre usted en el directorio de nuestro centro mientras sea paciente aquí. Esta información puede incluir su nombre y ubicación (ya sea como paciente hospitalizado, ambulatorio o de un centro de urgencias). También puede incluir su condición general (p. ej., bueno, estable, etc.) y su afiliación religiosa. Esta información puede darse a miembros del clero y, salvo cuando se trate de una afiliación religiosa, a otras personas que pregunten por su nombre. **Si no quiere que se lo incluya en el Directorio del centro, informe al personal de Registro en el momento de su inscripción o en cualquier momento durante la estancia.**

Personas implicadas en su atención o en el pago por su atención: Podemos compartir información médica sobre usted a un amigo o familiar que esté involucrado en su atención médica. También podemos dar información a alguien responsable o a quien ayude a pagar su atención. Además, podemos revelar información médica sobre usted a una entidad que participe en labores de ayuda ante desastres para que se pueda notificar a su familia sobre su condición, estado y ubicación. **su inscripción o en cualquier momento durante la hospitalización.**

Intercambio de información médica: Participamos en intercambios electrónicos de información médica (HIE), que nos permiten compartir su información médica con otros proveedores para fines de tratamiento y operaciones de atención médica. **Si no quiere que su información médica se comparta mediante un HIE y quiere “darse de baja”, informe al equipo de Registro o comuníquese con el responsable de privacidad de TMH. Usos y revelaciones de su**

Información médica que requiere su autorización:

Los siguientes usos y revelaciones se harán únicamente con su permiso por escrito: 1) La mayoría de los usos y revelaciones de notas de psicoterapia; 2) revelaciones que constituyen la venta de su información médica protegida y 3) usos y revelaciones con fines de comercialización.

D. SUS DERECHOS RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

Su expediente médico es propiedad física del proveedor de asistencia médica o del centro que la hizo; sin embargo, **usted tiene derecho a:**

Inspeccionar y copiar: Tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia de la información médica que puede usarse para tomar decisiones sobre su atención. Normalmente, esto incluye expedientes médicos y de facturación, pero no incluye notas de psicoterapia. **Para inspeccionar y recibir una copia de su información médica, debe presentar su solicitud por escrito a nuestro responsable de privacidad o a nuestro director de historias clínicas en la dirección que aparece al final de este aviso.**

Si solicita una copia de la información, podemos cobrar una tasa por los costos de copia, envío u otros suministros asociados a su solicitud. Podemos rechazar su solicitud de inspección y copia en ciertas circunstancias. Si se le niega el acceso a la información médica, puede pedir que se revise la denegación. Otro profesional de la salud autorizado seleccionado por Tallahassee Memorial HealthCare revisará su solicitud y la denegación. Cumpliremos el resultado de la revisión.

Enmienda: Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que modifiquemos la información. Usted tiene derecho a pedir una modificación mientras la información esté guardada por el centro o para este. **Para pedir una enmienda, debe presentar su solicitud por escrito y presentarla a nuestro responsable de privacidad.** Además, debe aportar el motivo que respalde su solicitud. Podemos rechazar su solicitud de enmienda y, si esto ocurre, se le informará el motivo de la denegación.

Informe de revelaciones: Usted tiene derecho a pedir un informe de revelaciones. Esta es una lista de ciertas revelaciones que hacemos de su información médica con fines distintos al tratamiento, pago u operaciones de atención médica en las que no se requirió autorización. **Para pedir un informe de las revelaciones, debe presentar su solicitud por escrito a nuestro responsable de privacidad.**

Solicitar restricciones: Usted tiene derecho a pedir una restricción o limitación sobre la información médica que usamos o revelamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a pedir un límite en la información médica que revelamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su atención o al pago por su atención, como un familiar o amigo. Por ejemplo, podría pedir que no usemos ni revelemos información sobre una operación que le hayan hecho. Con la excepción de los “pagos de bolsillo”, que se describen abajo, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Si aceptamos, cumpliremos su solicitud, salvo que la información sea necesaria para darle tratamiento de emergencia.

Para pedir restricciones, debe presentar su solicitud por escrito a nuestro responsable de privacidad. En su solicitud, debe decirnos (1) qué información quiere limitar; (2) si quiere limitar nuestro uso, revelación o ambos y (3) a quién quiere que se le apliquen los límites. Las restricciones pueden terminarse con su acuerdo oral o escrito, en su solicitud por escrito o si recibe un aviso nuestro de que rescindimos el acuerdo de restricción.

Para pedir restricciones sobre su presencia o ubicación en el centro, debe informarlo en el momento de su registro o admisión como paciente.

Pagos de bolsillo: Si prefiere que no facturemos a su plan de salud por un artículo o servicio específico y usted ha pagado la cantidad total correspondiente a ese artículo o servicio de su bolsillo, tiene derecho a pedir que no revelemos su información médica protegida relacionada con ese artículo o servicio a un plan de salud para fines de pago u operaciones de atención médica, y cumpliremos esa solicitud. Su solicitud de limitar la revelación de esta manera debe presentarse por escrito.

Solicitar comunicaciones confidenciales: Usted tiene derecho a pedir que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una manera determinada o en una ubicación determinada. Por ejemplo, puede pedir que nos comuniquemos con usted en el trabajo en lugar de en su casa. El centro aceptará solicitudes razonables de comunicaciones confidenciales en ubicaciones alternativas o por medios **alternativos solo si la solicitud se presenta por escrito a nuestro responsable de privacidad.** No le preguntaremos el motivo de su solicitud. La solicitud debe especificar cómo o dónde quiere que se comuniquen con usted.

Notificación de un incumplimiento de seguridad: Usted tiene derecho a que le informen de incumplimientos de seguridad con respecto a su información médica protegida no segura.

Derecho a recibir una copia de este aviso: Usted tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, tiene derecho a recibir una copia en papel. Puede verlo electrónicamente mediante la web de TMH en www.tmh.org.

E. OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

Otros usos y revelaciones de información médica que no estén cubiertos por este aviso ni por las leyes que se aplican se harán únicamente con su permiso por escrito. Si usted nos da permiso para usar o revelar su información médica, puede cancelar ese permiso comunicándose por escrito con nuestro responsable de privacidad en cualquier momento. Si cancela su permiso, no volveremos a usar ni revelar su información médica por los motivos que cubre su autorización escrita. Usted entiende que no podemos deshacer las revelaciones que ya hayamos hecho con su permiso y que estamos obligados a conservar nuestros expedientes de la atención que le damos.

F. CAMBIOS A ESTE AVISO

Podemos cambiar nuestras prácticas y los términos de este Aviso en cualquier momento y hacer que las nuevas prácticas y el aviso tengan validez para toda la información médica que tengamos. Antes de que los cambios entren en vigor, publicaremos el aviso revisado y pondremos copias a disposición en los lugares donde prestemos atención. El aviso revisado estará disponible en nuestra página web en www.tmh.org. Puede recibir este aviso por escrito en cualquier momento. Tiene derecho a recibir una copia del aviso revisado si lo solicita.

QUEJAS

Si cree que TMH no cumplió con este aviso o que ha violado estos derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito ante el responsable de privacidad de TMH o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU (U.S. Department of Health and Human Services). TMH no tomará represalias en su contra por presentar una queja. Si TMH determina que se han violado sus derechos de privacidad, el responsable de privacidad de TMH (o su representante) se lo notificará.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Puede comunicarse con el responsable de privacidad de TMH para recibir más información sobre el proceso de quejas o para recibir una explicación más detallada de este documento. **Se puede comunicar con el responsable de privacidad de TMH (o su representante) en:**

Tallahassee Memorial HealthCare, Inc.

Responsable de privacidad de TMH

1300 Miccosukee Road

Tallahassee, FL 32308

Teléfono: 850-431-5339

Fax: 850-431-6046

compliance@tmh.org

Para comunicarse con la Administración de información de TMH Health (expedientes clínicos), llame al 850-431-7975.

Oficina de Derechos Civiles

U.S. Department of Health and Human Services

Sam Nunn Atlanta Federal Center, Suite 16T70

61 Forsyth Street, S.W.

Atlanta, GA 30303-8909

Teléfono: 800-368-1019

TDD: 800-537-7697

Fax: 202-619-3818

ocrmail@hhs.gov

ANEXO A

A. REVELACIONES DE INFORMACIÓN SUJETAS A LAS NORMAS DE TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS DE LA PARTE 2

Además de la HIPAA y la legislación estatal correspondiente, seguimos las protecciones de confidencialidad de 42 C.F.R. Parte 2 (en adelante, la “Parte 2”) para los programas que diagnostican, tratan o remiten a personas para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (en adelante, los “Programas de la Parte 2”). Este Anexo describe los derechos y las restricciones específicas que se aplican a los expedientes que mantienen los Programas de la Parte 2. A menos que se indique lo contrario, los derechos y las restricciones que se describen en este Aviso se aplican a todos los expedientes protegidos en virtud de la Parte 2.

B. CÓMO PODEMOS USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

A continuación se presenta un resumen de las circunstancias limitadas bajo las cuales podemos reconocer su presencia o revelar información sobre usted a personas fuera del Programa de la Parte 2 sin su permiso.

EMERGENCIAS MÉDICAS Podemos revelar su información al personal médico en la medida que sea necesario para cubrir una emergencia médica legítima durante la cual no pueda dar un consentimiento informado previo sobre la revelación. También podemos revelar su información identificatoria al personal médico de la Administración de Alimentos y Medicamentos (en adelante, la “FDA”), que alegue motivos para creer que su salud puede verse amenazada por un error en la fabricación, el etiquetado o la venta de un producto en virtud de la jurisdicción de la FDA, y que la información se usará exclusivamente con el propósito de avisar a los pacientes o a sus médicos sobre posibles peligros.

INVESTIGACIÓN En ciertas circunstancias, podemos revelar su información para investigación científica, sujeto a protecciones específicas.

AUDITORÍA Y EVALUACIONES Podemos revelar información a terceros para auditorías o evaluaciones específicas, incluyendo a centros que prestan ayuda económica a TMH o a quienes hacen auditorías y evaluaciones requeridas en virtud de programas federales de atención médica y agencias federales que supervisan dichos programas.

DENUNCIAR CIERTAS CONDUCTAS DELICTIVAS La Parte 2 no protege la siguiente información: 1) Información relacionada con la comisión de un delito en las instalaciones de un centro de TMH; 2) información relacionada con la comisión de un delito contra el personal de TMH y 3) denuncias de sospechas de abuso y negligencia infantil hechas en virtud de la ley estatal a las autoridades estatales o locales correspondientes.

PACIENTES FALLECIDOS Podemos revelar su información relacionada con la causa de muerte en virtud de leyes que exigen la recopilación de estadísticas de muerte u otras estadísticas vitales, o que permiten indagar sobre la causa de muerte.

PROCEDIMIENTOS JUDICIALES Podemos revelar su información en respuesta a una orden judicial que cumpla con los requisitos de reglamentaciones.

SALUD PÚBLICA Los expedientes relacionados con trastornos por consumo de sustancias pueden compartirse con fines de salud pública sin su consentimiento si se elimina la información que permita identificarlo.

ORGANIZACIONES DE SERVICIO CALIFICADAS

Revelaremos su información a nuestras organizaciones de servicios calificadas en la medida necesaria para que estas entidades den servicios al Programa de la Parte 2.

C. USOS Y REVELACIONES QUE REQUIEREN SU CONSENTIMIENTO POR ESCRITO

Debemos recibir su consentimiento por escrito cuando sea necesario en virtud de la HIPAA y como se ha analizado en otra parte de este Aviso. Además, se requiere consentimiento por escrito para los Programas de la Parte 2, tal como se describe abajo:

1) Tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Si contamos con su consentimiento, podemos usar sus expedientes de la Parte 2 para su tratamiento, para tramitar reclamaciones y recibir pagos y para administrar nuestros Programas de la Parte 2, incluyendo revisiones de calidad.

2) OTRA INFORMACIÓN SOBRE LOS PROGRAMAS DE LA PARTE 2

- 1) Puede presentar un consentimiento único para todos los usos o las revelaciones futuros relacionados con tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- 2) Puede cancelar su consentimiento en cualquier momento, salvo en la medida en que el Programa haya actuado en función de él. Puede cancelar su consentimiento si presenta una solicitud por escrito a uno de nuestros responsables de privacidad que se indican en este Aviso.
- 3) Los expedientes que se revelen a un Programa de la Parte 2, una entidad cubierta por la HIPAA o a un asociado comercial en virtud de su consentimiento por escrito para tratamiento, pago y operaciones de atención médica pueden ser revelados posteriormente por ese Programa de la Parte 2, esa entidad cubierta o ese asociado comercial, sin su consentimiento por escrito, en la medida en que las reglamentaciones de la HIPAA permitan dicha revelación. Sin embargo, estos expedientes no pueden usarse en procedimientos legales en su contra sin su consentimiento específico o una orden judicial.
- 4) Un Programa de la Parte 2 puede usar o revelar expedientes para recaudar fondos en beneficio del Programa de la Parte 2 solo si primero se le da una oportunidad clara y visible de decidir no recibir comunicaciones de recaudación de fondos. Usted tiene derecho a elegir no recibir comunicaciones de recaudación de fondos.
- 5) Los expedientes o testimonios que transmitan el contenido de dichos expedientes no se usarán ni revelarán en procedimientos civiles, administrativos, penales o legislativos en su contra, salvo que se basen en su consentimiento específico por escrito o en una orden judicial. Los expedientes solo podrán usarse o revelarse en función de una orden judicial después de un aviso y de que se le dé la oportunidad de una audiencia a usted (el paciente) o al titular del expediente, cuando lo exijan 42 USC § 290dd-2 y 42 CFR de la Parte 2. Una orden judicial que autorice el uso o la revelación debe ir acompañada de una citación u otro requisito legal similar que obligue a la revelación antes de que el expediente se use o se revele.

3) SUS DERECHOS ADICIONALES EN VIRTUD DE LOS PROGRAMAS DE LA PARTE 2

Además de sus derechos en virtud de HIPAA que se describen en este Aviso, usted tiene los siguientes derechos respecto a nuestros Programas de la Parte 2:

- 1) Tiene derecho a pedir restricciones sobre las revelaciones para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, incluso cuando haya dado previamente su consentimiento por escrito.
- 2) Tiene derecho a pedir un expediente de las revelaciones correspondientes a tres años anteriores, incluyendo información sobre quién recibió sus expedientes protegidos, la fecha de la revelación y una breve descripción de la información que se reveló. Puede presentar su solicitud a uno de nuestros responsables de privacidad que se indican en este Aviso (consulte los Anexos). Presentaremos un registro de las revelaciones de tratamientos, pagos u operaciones de atención médica únicamente si se hacen mediante nuestro expediente electrónico de salud.
- 3) Tiene derecho a una lista de revelaciones hechas por un “intermediario” en los últimos tres años. Un “intermediario” es una persona (distinta de un Programa de la Parte 2, una entidad cubierta o un asociado comercial) que ha recibido expedientes bajo una designación general en un consentimiento escrito del paciente para revelarlos a uno o más de sus miembros participantes con quienes mantiene una relación de proveedor tratante con el paciente.