

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Your Information. Your Rights. Our Responsibilities.

This notice describes how **MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU** may be used and disclosed by your healthcare provider and the medical practice responsible for your care (“Practice”) and how you can get access to this information. *Please review it carefully.*

Effective Date: January 2026

YOUR RIGHTS

When it comes to your health information, you have certain rights. This section explains your rights and some of our responsibilities to help you.

You have the right to:

- **Get a copy of your paper or electronic medical record**
 - You can ask to inspect or get an electronic or paper copy of your medical record and other health information we have about you. Ask us how to do this.
 - We will provide a copy or a summary of your health information, usually within 30 days of your request. We may charge a reasonable, cost-based fee.
- **Amend (correct) your paper or electronic medical record**
 - You can ask us to correct health information about you that you think is incorrect or incomplete. Ask us how to do this.
 - We may say “no” to your request, but we’ll tell you why in writing within 60 days.
- **Request confidential communication**
 - You can ask us to contact you in a specific way (for example, home or office phone) or to send mail to a different address.
 - We will say “yes” to all reasonable requests.
- **Ask us to limit the information we share**
 - 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.
- **Get a list of those with whom we’ve shared your information**
 - You can ask for a list (accounting) of the times we’ve shared your health information for six years prior to the date you ask, who we shared it with, and why.

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

- We will include all the disclosures except for those about treatment, payment, and health care operations, and certain other disclosures (such as any you asked us to make). We'll provide one accounting a year for free but will charge a reasonable, cost-based fee if you ask for another one within 12 months.
- **Get a copy of this privacy notice**
 - You can ask for a paper copy of this notice at any time, even if you have agreed to receive the notice electronically. We will provide you with a paper copy promptly.
- **Choose someone to act for you**
 - If you have given someone medical power of attorney or if someone is your legal guardian, that person can exercise your rights and make choices about your health information.
 - We will make sure the person has this authority and can act for you before we take any action.

YOUR CHOICES

For certain health information, you can tell us your choices about what we share. If you have a clear preference for how we share your information in the situations described below, talk to us. Tell us what you want us to do, and we will follow your instructions.

- **In these cases, you have both the right and choice to tell us to:**
 - Share information with your family, close friends, or others involved in your care
 - Share information in a disaster relief situation
 - *If you are not able to tell us your preference, for example if you are unconscious, we may go ahead and share your information if we believe it is in your best interest. We may also share your information when needed to lessen a serious and imminent threat to health or safety.*
- **In these cases, we *never* share your information unless you give us written permission:**
 - Marketing purposes
 - Sale of your information
 - Most sharing of psychotherapy notes
- **In the case of fundraising:**
 - We may contact you for fundraising efforts, but you can tell us not to contact you again.

OUR USES AND DISCLOSURES

How do we typically use or share your health information? We typically use or share your health information in the following ways:

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

- **Treatment:** We can use your health information and share it with other professionals who are treating you (i.e., a doctor treating you for an injury asks another doctor about your overall health condition)
- **Payment:** We can use and share your health information to bill and get payment from health plans or other entities (i.e., we give information about you to your health insurance plan so it will pay for your services)
- **Healthcare Operations:** We can use and share your health information to run our practice, improve your care, and contact you when necessary (i.e., we use health information about you to manage your treatment and services)
- **Appointment Reminders, Treatment Alternatives, and Health-Related Benefits and Services:** We may use and disclose health information to contact you as a reminder that you have an appointment with us. We may use and disclose health information to tell you about treatment options or alternatives or health-related benefits and services that may be of interest to you. We also may make your health information available for you to access through a secure online patient portal (if applicable).
- **De-identified Health Information:** We may use your health information to create “de-identified” information that is not identifiable to any individual in accordance with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (“HIPAA”). Federal law does not restrict the use of patient health information once it becomes “de-identified” data in a manner provided under HIPAA so as to not disclose your identity. We may create data sets of de-identified information of many patients to share with outside persons and companies to discover methods and products to diagnose and treat diseases. We may also disclose your health information to a business associate for the purpose of creating de-identified information.
- **Limited Data Set:** We may use your health information to create a “limited data set” by removing certain identifying information. We may also disclose your health information to a business associate for the purpose of creating a limited data set. We may use and disclose a limited data set only for research, public health or healthcare operations purposes. We may create a limited data set of many patients to share with outside persons and companies to perform research, public health or healthcare operations. Persons or companies receiving the limited data set must sign an agreement to protect your health information.
- **Business Associates:** We may disclose your health information to our business associates who perform functions on our behalf or provide us with services, if the information is necessary for such functions or services. For example, we may use another company to perform billing services on our behalf. All of our business associates are obligated by law and under contract with us, to protect the privacy of your information and are not allowed to use or disclose any information other than as specified in our contract.
- **Participation in Health Information Exchanges (HIE):** We may share information about you with one or more HIEs that we may participate in. HIEs are secure electronic systems that allow health care providers to exchange patient information in order to better coordinate your care and to help us make more informed decisions regarding the best way to treat you.

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

For example, if you were to visit another provider or hospital that also participates in the same HIE, we would receive treatment information from that provider. If you do not wish to participate in the HIE, we will provide you a HIE Opt-Out Form to complete. You can receive services from us even if you decide to opt out of participation in the HIE.

- **Incidental Uses and Disclosures:** Incidental uses and disclosures of information may occur. An incidental use or disclosure is a secondary use or disclosure that cannot reasonably be prevented, is limited in nature, and that occurs as a by-product of an otherwise permitted use or disclosure. However, such incidental uses or disclosure are permitted only to the extent that we have applied reasonable safeguards and do not disclose any more of your PHI than is necessary to accomplish the permitted use or disclosure. For example, disclosures about a patient within a physician's office that might be overheard by persons not involved in your care would be permitted.

How else can we use or share your health information? We are allowed or required to share your information in other ways – usually in ways that contribute to the public good, such as public health and research. We have to meet many conditions under applicable law before we can share your information for these purposes. For more information see:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

- **Help with public health and safety issues**
 - We can share health information about you for certain situations such as:
 - Preventing disease
 - Helping with product recalls
 - Reporting adverse reactions to medications
 - Reporting suspected abuse, neglect, or domestic violence
 - Preventing or reducing a serious threat to anyone's health or safety
- **Do research:** We can use or share your information for health research.
- **Comply with the law:** We will share information about you if state or federal laws require it, including with the Department of Health and Human Services if it wants to see that we're complying with federal privacy law.
- **Respond to organ and tissue donation requests:** We can share health information about you with organ procurement organizations.
- **Work with a medical examiner or funeral director:** We can share health information with a coroner, medical examiner, or funeral director when an individual dies.
- **Address workers' compensation, law enforcement, and other government requests**
 - We can use or share health information about you:

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

- For workers' compensation claims
 - For law enforcement purposes or with a law enforcement official
 - With health oversight agencies for activities authorized by law
 - For special government functions such as military, national security, and presidential protective services
- **Respond to lawsuits and legal actions:** We can share health information about you in response to a court or administrative order, or in response to a subpoena.

USES AND DISCLOSURES THAT REQUIRE YOUR WRITTEN AUTHORIZATION

We will seek your **specific written authorization** for *at least* the following information unless the use or disclosure would be otherwise permitted or required by law as described above:

- **HIV/AIDS information:** In most cases, we will NOT release any of your HIV/AIDS related information unless your authorization expressly states that we may do so. There are certain purposes, however, for which we may be permitted to release your HIV/AIDS information without obtaining your express authorization. For example, we may release information regarding your HIV/AIDS status to your insurance company or HMO for purposes of receiving payment for services we provide to you. We may also release information regarding HIV/AIDS status of yourself and other patients where the information has been “de-identified” (meaning, the information cannot be used in any way to identify you). Other instances where we may use or disclose HIV/AIDS information without your express authorization include:
 - For your diagnosis and treatment;
 - For scientific research;
 - For management audits, financial audits, or program evaluation;
 - For medical education;
 - For disease prevention and control, when permitted by the State Department of Health
 - To comply with certain court orders; and
 - When otherwise required by law, to the Department of Health or another entity.
- **Sexually transmitted disease information:** We must obtain your specific written authorization prior to disclosing any information that would identify you as having or being suspected of having a sexually transmitted disease. We may use and disclose information related to sexually transmitted diseases without obtaining your authorization only when permitted by law, including to the Department of Health, to your physician or a health authority, or to a prosecuting officer or court if you are being prosecuted under state law. Where necessary, your provider or a health authority may further disclose such information to protect your health and welfare, or the health and welfare of your family or the public.

Mental health information: We must obtain your specific written authorization prior to disclosing certain mental health information where required by state law. There may be cases where you see a mental health provider in a primary care setting and collaborative care is provided by the mental

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

health provider and your primary care physician. In these situations, the mental health provider is not operating as a psychotherapist, and your mental health information may be stored within your primary care notes.

- **Substance Use Disorder Treatment Records (42 CFR Part 2)**

- For purposes of this notice, “SUD Program” means a substance abuse disorder treatment program or provider subject to 42 CFR Part 2.
- The Practice does not operate, participate in, or hold itself out as a SUD Program or SUD provider for purposes of Part 2. However, the Practice may receive substance use disorder treatment information about you from a SUD Program (“Part 2 Records”).
- The Practice will not use or disclose Part 2 Records without your written consent except as expressly permitted by law (i.e., emergency). The Practice may rely on a valid consent that authorizes the use and disclosure of Part 2 records for treatment, payment, and healthcare operations, and may redisclose this information as permitted by HIPAA, provided that Part 2 Records may not be redisclosed for use in any civil, criminal, administrative, or legislative proceeding involving you.
- The Practice may not disclose Part 2 Records for use in any civil, criminal, administrative, or legislative proceeding involving you unless (i) you provide written consent that specifically authorizes such disclosure or (ii) a valid court order or subpoena compelling disclosure is issued in compliance with Part 2, after both you and the Practice have been provided notice and an opportunity to be heard.
- Any disclosure of Part 2 Records permitted will include a statement that further use or redisclosure is prohibited unless expressly permitted by applicable law. You may revoke your consent at any time, except to the extent the Practice has already relied on such consent.

- **Genetic information:** We must obtain your specific written authorization prior to obtaining or retaining your genetic information, or using or disclosing your genetic information for treatment, payment, or health care operations purposes. For example, before conducting any genetic testing, we will ask for your written authorization to conduct such testing. We may use or disclose your genetic information, or the genetic information of your child, without your written authorization only where it would be permitted by law, such as for paternity tests for court proceedings, anonymous research, newborn screening requirements, identifying a body, for the purposes of criminal investigations or otherwise authorized by a court order.

- **Information related to treatment of a minor in special circumstances:** If you are a minor who sought certain types of treatment from us (to which treatment you were able to consent on your own behalf), such as treatment related to your pregnancy or treatment related to your child, or a sexually transmitted disease, we must obtain your specific written authorization prior to disclosing any of your PHI related to such treatment to another person,

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

including your parent(s) or guardian(s), unless we would otherwise be permitted by law to do so.

- **Marketing Activities:** We must obtain your specific written authorization to use any of your PHI to mail or email you marketing materials. However, we may provide you with marketing materials face-to-face without obtaining authorization, in addition to communicating with you about services or products that relate to your treatment, case management, or care coordination, alternative treatments, therapies, providers or care settings. If you do provide us with your written authorization to send you marketing materials, you have a right to opt-out of receiving these communications in the future and may do so at any time. If you wish to opt-out of receiving these communications in the future, please contact the Privacy Officer at the email or address below.

OUR RESPONSIBILITIES

- We are required by law to maintain the privacy and security of your protected health information.
- We will let you know promptly if a breach occurs that may have compromised the privacy or security of your information.
- We must follow the duties and privacy practices described in this notice and give you a copy of it.
- We will not use or share your information other than as described here unless you tell us we can in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind.
- For more information see: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

HOW TO EXERCISE YOUR RIGHTS

To exercise your rights described in this notice (other than to obtain a copy of this notice), you may submit a request by contacting the Practice's Privacy Officer at privacy@toplinemd.com or by submitting a written request using the contact information available on the Practice's website, directed to the attention of the Privacy Officer.

- **File a complaint if you believe your privacy rights have been violated**
 - You can complain if you feel we have violated your rights by contacting us using the information on the back page.
 - You can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, calling 1-877-696-6775, or visiting <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>
 - We will not retaliate against you for filing a complaint.

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

COMPLAINTS OR QUESTIONS

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint by contacting the Privacy Officer at privacy@toplinemd.com or by submitting a written complaint to the Privacy Officer using the contact information available on the Practice's website, directed to the attention of the Privacy Officer. **CHANGES TO THE TERMS OF THIS NOTICE**

The Practice 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 the Practice's office, and on the Practice's web site.

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo su información médica puede ser utilizada y divulgada por su proveedor de atención médica o consultorio así como la manera en que usted puede acceder a dicha información. Le recomendamos leer este aviso *.detenidamente.*

SUS DERECHOS

Usted tiene ciertos derechos en lo que respecta a su información médica. En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Usted tiene derecho a:

- **Obtener una copia de su historia clínica en papel o en formato electrónico.**
 - Puede solicitar revisar u obtener una copia electrónica o en papel de su historia clínica y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
 - Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, normalmente dentro de los 30 días siguientes a su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable basada en el costo.
- **Modificar (corregir) su historia clínica en papel o electrónica.**
 - Puede solicitarnos que corriamos la información médica sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
 - Podemos rechazar su solicitud, pero le comunicaremos los motivos por escrito en un plazo de 60 días.
- **Solicitar una comunicación confidencial.**
 - Puede solicitarnos que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono a su domicilio o a su oficina) o que le enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
 - Aceptaremos todas las solicitudes razonables.
- **Solicitarnos que limitemos la información que compartimos.**
 - Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos cierta información médica con fines de tratamiento, pago o para nuestras operaciones.
 - No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos rechazarla si ello pudiera afectar su atención médica.
 - Si usted paga por un servicio o artículo médico íntegramente de su bolsillo, puede solicitarnos que no compartamos esa información con su aseguradora de salud a efectos del pago o de nuestras operaciones.
 - Aceptaremos su solicitud, a menos que la ley nos exija compartir esa información.
- **Obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido su información.**

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- Puede solicitar una lista (informe) de las ocasiones en las que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué motivo.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas relacionadas con tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, así como otras divulgaciones específicas (como aquellas que usted nos haya solicitado realizar). Le proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro en un plazo de 12 meses.
- **Obtener una copia de este aviso de privacidad.**
 - Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo por vía electrónica. Le proporcionaremos una copia impresa sin demora.
- **Elegir a alguien para que actúe en su nombre.**
 - Si ha otorgado a alguien un poder para asuntos médicos o si alguien es su tutor legal, esa persona podrá ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información médica.
 - Nos aseguraremos de que esa persona tenga estas facultades y pueda actuar en su nombre antes de adoptar cualquier medida.

SUS OPCIONES

En el caso de cierta información médica, usted puede indicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre la manera en que compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones

- **En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de solicitarnos que:**
 - Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado.
 - Compartamos información en una situación de ayuda en caso de desastre.
 - *Si no puede comunicarnos sus preferencias, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos compartir su información si consideramos que es lo más beneficioso para usted. También podremos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*
- **En los siguientes casos, *nunca* compartimos su información a menos que nos dé su autorización por escrito:**
 - Fines de marketing
 - Venta de su información
 - La mayoría de los intercambios de notas de psicoterapia
- **En el caso de recaudación de fondos:**

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- Es posible que nos pongamos en contacto con usted para solicitarle su colaboración en iniciativas de recaudación de fondos, pero usted puede indicarnos que no volvamos a contactarlo.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

¿Cómo solemos utilizar o compartir su información médica? Normalmente utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras:

- **Tratamiento:** Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando (por ejemplo, un médico que lo esté tratando por una lesión consulta con otro médico sobre su estado de salud general).
- **Pago:** Podemos utilizar y compartir su información médica para facturar y obtener el pago de planes de salud u otras entidades (por ejemplo, proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que este pague sus servicios).
- **Operaciones de atención médica:** Podemos utilizar y compartir su información médica para gestionar nuestra clínica, mejorar su atención y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario (es decir, utilizamos su información médica para gestionar su tratamiento y sus servicios).
- **Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud:** Podemos usar y divulgar información médica para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita con nosotros. Podemos usar y divulgar información médica para informarle sobre opciones o alternativas de tratamiento, o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. También podemos poner su información médica a su disposición para que pueda acceder a ella a través de un portal seguro en línea para pacientes (si corresponde).
- **Información médica anonimizada:** Podemos utilizar su información médica para crear información "anonimizada" que no permita identificar a ninguna persona, de conformidad con la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA", por sus siglas en inglés). La legislación federal no restringe el uso de la información médica de los pacientes una vez que se convierte en datos "anonimizados" de la forma dispuesta en la HIPAA, de modo que no se revele su identidad. Podemos crear conjuntos de datos con información anonimizada de muchos pacientes para compartirlos con personas y empresas externas con el fin de descubrir métodos y productos para diagnosticar y tratar enfermedades. También podemos divulgar su información médica a un socio comercial con el fin de crear información anonimizada.
- **Conjunto de datos limitado:** Podemos utilizar su información médica para crear un "conjunto de datos limitado" eliminando cierta información identificativa. También podemos divulgar su información médica a un socio comercial con el fin de crear un conjunto de datos limitado. Podemos utilizar y divulgar un conjunto de datos limitado solo con fines de investigación, salud pública u operaciones de atención médica. Podemos crear un conjunto de datos limitado de muchos pacientes para compartirlo con personas y empresas externas con el fin de realizar investigaciones, operaciones de salud pública o atención médica. Las

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

personas o empresas que reciban el conjunto de datos limitado deben firmar un acuerdo para proteger su información médica.

- **Socios comerciales:** Podemos divulgar su información médica a nuestros socios comerciales que cumplen funciones en nuestro nombre o nos prestan servicios, si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Por ejemplo, podemos utilizar otra empresa para que preste servicios de facturación en nuestro nombre. Todos nuestros socios comerciales están obligados por la ley y en virtud de un contrato con nosotros a proteger la privacidad de su información y no están autorizados a utilizar ni divulgar ninguna información que no sea la especificada en nuestro contrato.
- **Participación en intercambios de información médica (HIE, por sus siglas en inglés):** Podemos compartir información sobre usted con uno o varios HIE en los que participemos. Los HIE son sistemas electrónicos seguros que permiten a los proveedores de atención médica intercambiar información sobre los pacientes con el fin de coordinar mejor su atención y ayudarnos a tomar decisiones más informadas sobre la mejor manera de tratarlo. Por ejemplo, si usted visitara a otro proveedor u hospital que también participa en el mismo HIE, recibiríamos información sobre el tratamiento de ese proveedor. Si no desea participar en el HIE, le proporcionaremos un formulario de exclusión del HIE para que lo complete. Puede recibir nuestros servicios incluso si decide excluirse de la participación en el HIE.
- **Usos y divulgaciones incidentales:** Pueden producirse usos y divulgaciones incidentales de la información. Un uso o divulgación incidental es un uso o divulgación secundario que no se puede evitar de forma razonable, es de naturaleza limitada y se produce como consecuencia de un uso o divulgación que, de otro modo, estaría permitido. Sin embargo, dichos usos o divulgaciones incidentales solo están permitidos en la medida en que hayamos puesto en práctica medidas de seguridad razonables y no divulguemos más información médica protegida (PHI) de la necesaria para llevar a cabo el uso o la divulgación permitidos. Por ejemplo, estaría permitido divulgar información sobre un paciente dentro del consultorio de un médico que pudiera ser escuchada por personas que no intervienen en su atención médica.

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica? Estamos autorizados u obligados a compartir su información de otras maneras, normalmente de forma que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir muchas condiciones establecidas por la legislación aplicable antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

- **Ayuda con cuestiones de salud pública y seguridad**
 - Podemos compartir información médica sobre usted en determinadas situaciones, tales como:
 - Prevenir enfermedades
 - Colaborar con el retiro de productos del mercado
 - Notificar reacciones adversas a medicamentos
 - Notificar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- Prevenir o reducir amenazas graves para la salud o la seguridad de cualquier persona
- **Investigación:** Podemos utilizar o compartir su información para fines de investigación médica.
- **Cumplimiento de la ley:** Compartiremos información sobre usted si así lo exigen las leyes estatales o federales, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este desea verificar si cumplimos con la legislación federal en materia de privacidad.
- **Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos:** Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos.
- **Colaborar con un médico forense o director de funeraria:** Podemos compartir información médica con un médico legista, forense o director de funeraria cuando fallece una persona.
- **Atender solicitudes relacionadas con indemnizaciones laborales, las fuerzas del orden y otras solicitudes gubernamentales**
 - Podemos utilizar o compartir su información médica:
 - Para reclamos de indemnizaciones laborales
 - Para fines relacionados con la aplicación de la ley o con un funcionario de las fuerzas del orden
 - Con organismos de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
 - Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial
- **Responder a demandas y acciones legales:** Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

Solicitaremos su **autorización expresa por escrito** para, *al menos*, la siguiente información, salvo que su uso o divulgación estén permitidos o sean exigidos por la ley, según lo expuesto anteriormente:

- **Información sobre el VIH/SIDA:** En la mayoría de los casos, NO divulgaremos ninguna información relacionada con el VIH/SIDA a menos que su autorización lo permita expresamente. Sin embargo, existen ciertos fines para los que podríamos estar autorizados a divulgar su información sobre el VIH/SIDA sin obtener su autorización expresa. Por ejemplo, podemos divulgar información sobre su estado serológico con respecto al VIH/SIDA a su compañía de seguros o HMO con el fin de recibir el pago por los servicios que le prestamos. También podemos divulgar información sobre su estado serológico con respecto al VIH/SIDA y el de otros pacientes cuando la información haya sido "anonimizada" (es decir, cuando la información no pueda utilizarse de ninguna manera para identificarlo). Entre otros casos en

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

los que podemos utilizar o divulgar información sobre el VIH/SIDA sin su autorización expresa cabe mencionar los siguientes:

- Para su diagnóstico y tratamiento;
 - Para investigación científica;
 - Para auditorías de gestión, auditorías financieras o evaluación de programas;
 - Para educación médica;
 - Para la prevención y el control de enfermedades, cuando lo permita el Departamento de Salud del Estado;
 - Para cumplir con determinadas órdenes judiciales; y
 - Cuando lo exija la ley, al Departamento de Salud u otra entidad.
- **Información sobre enfermedades de transmisión sexual:** Debemos obtener su autorización expresa por escrito antes de revelar cualquier información que pudiera identificarlo como portador o presunto portador de una enfermedad de transmisión sexual. Podemos utilizar y divulgar información relacionada con enfermedades de transmisión sexual sin obtener su autorización solo cuando lo permita la ley, por ejemplo al Departamento de Salud, a su médico o a una autoridad sanitaria, o a un fiscal o tribunal si usted es objeto de un proceso judicial en virtud de la legislación estatal. Cuando sea necesario, su proveedor o una autoridad sanitaria podrán divulgar dicha información para proteger su salud y bienestar, o la salud y el bienestar de su familia o del público en general.
 - **Información sobre salud mental:** Debemos obtener su autorización expresa por escrito antes de divulgar cierta información sobre salud mental cuando así lo exija la legislación estatal. Puede haber casos en los que usted consulte a un profesional de salud mental en un centro de atención primaria y el profesional de salud mental y su médico de atención primaria le brinden atención colaborativa. En estos casos, el profesional de salud mental no actúa como psicoterapeuta, y su información de salud mental puede guardarse en sus notas de atención primaria.
 - **[SI CORRESPONDE]: Registros relacionados con el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (protegidos por la legislación federal 42 CFR Parte 2)**
 - Para efectos de este Aviso de Prácticas de Privacidad, el término **“Programa de SUD”** se refiere a un programa o proveedor de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias que está sujeto a la normativa federal **42 CFR Parte 2**.
 - Nuestra práctica **no opera, participa ni se presenta** como un Programa de SUD ni como proveedor de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias conforme a la Parte 2. Sin embargo, en determinadas circunstancias, podemos **recibir información relacionada con su tratamiento por consumo de sustancias** proveniente de un Programa de SUD. Esta información se denomina **“Registros de la Parte 2”** y está sujeta a protecciones especiales de privacidad conforme a la ley federal.
 - Nuestra práctica **no usará ni divulgará los Registros de la Parte 2 sin su consentimiento previo por escrito**, excepto cuando la ley lo permita expresamente, como en el caso de una **emergencia médica**. Podemos basarnos en un consentimiento válido que autorice el uso y la divulgación de dichos registros para fines de **tratamiento, pago y operaciones de atención médica**, conforme a HIPAA.

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

No obstante, los Registros de la Parte 2 **no podrán redistribuirse** para su uso en procedimientos **civiles, penales, administrativos o legislativos** que le involucren.

- Nuestra práctica **no divulgará los Registros de la Parte 2** para su uso en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos que le involucren, a menos que:
 - (i) usted otorgue un **consentimiento por escrito** que autorice de manera específica dicha divulgación, o
 - (ii) exista una **orden judicial válida o citación** que requiera la divulgación y que cumpla con los requisitos de la **42 CFR Parte 2**, después de que tanto usted como la práctica hayan recibido notificación y la oportunidad de ser escuchados.
- Toda divulgación autorizada de los Registros de la Parte 2 incluirá una **declaración que indique que cualquier uso o redistribución adicional está prohibido**, salvo que la ley aplicable lo permita expresamente. Usted tiene el **derecho de revocar su consentimiento en cualquier momento**, excepto en la medida en que la práctica ya haya actuado basándose en dicho consentimiento.
- **Información genética:** Debemos contar con su autorización expresa por escrito antes de obtener o conservar su información genética, o de utilizar o divulgar su información genética con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Por ejemplo, antes de realizar cualquier prueba genética, le solicitaremos su autorización por escrito para realizar dicha prueba. Podemos utilizar o divulgar su información genética, o la información genética de su hijo, sin su autorización por escrito solo cuando lo permita la ley, como en el caso de pruebas de paternidad para procedimientos judiciales, investigaciones anónimas, requisitos de evaluación del recién nacido, identificación de un cadáver, en el marco de investigaciones penales o cuando lo autorice una orden judicial.
- **Información relacionada con el tratamiento de un menor en circunstancias especiales:** Si usted es un menor que ha solicitado determinados tipos de tratamiento (para los que ha podido dar su consentimiento por sí mismo), como tratamiento relacionado con su embarazo o con su hijo, o tratamiento relacionado con una enfermedad de transmisión sexual, debemos obtener su autorización expresa por escrito antes de revelar cualquier información médica protegida respecto de tratamiento a otra persona, incluidos sus padres o tutores, a menos que la ley nos autorice a hacerlo.
- **Actividades de marketing:** Debemos obtener su autorización expresa por escrito para utilizar cualquier información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) con el fin de enviarle por correo postal o electrónico materiales de marketing. Sin embargo, podemos proporcionarle materiales de marketing en persona sin necesidad de obtener su autorización, además de comunicarnos con usted en relación con servicios o productos relacionados con su tratamiento, la gestión de su caso o la coordinación de su atención, tratamientos alternativos, terapias, proveedores o entornos de atención. Si nos otorga su autorización por escrito para que le enviemos materiales de marketing, tiene derecho a optar por no recibir estas comunicaciones en el futuro y puede hacerlo en cualquier momento. En caso de que desee dejar de recibir estas comunicaciones en el futuro, póngase en contacto con el responsable de privacidad en la dirección de correo electrónico o postal que se indica a continuación.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- Tenemos la obligación legal de mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad que se describen en este aviso y proporcionarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de ninguna otra forma que no sea la que se describe en el presente documento, a menos que usted nos autorice por escrito. En caso de que nos autorice, podrá cambiar de opinión en cualquier momento. Si cambia de opinión, comuníquenoslo por escrito.
- Para obtener más información, consulte:
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

CÓMO EJERCER SUS DERECHOS

- Para ejercer los derechos que se describen en este aviso (excepto el de obtener una copia del presente), debe enviar un correo electrónico a privacy@toplinemd.com o dirigir una solicitud por escrito a la siguiente dirección:
- **Presente una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.**
 - Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja poniéndose en contacto con nosotros utilizando la información que figura en la última página.
 - Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-6966775 o visitando <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>
 - No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

QUEJAS O PREGUNTAS

- Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja poniéndose en contacto con el oficial de privacidad al correo electrónico privacy@toplinemd.com o enviando su queja por escrito utilizando la información de contacto disponible en el sitio web de la Práctica.

MODIFICACIONES A LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO

La Práctica puede cambiar los términos de este aviso en cualquier momento. Estos cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. La versión más reciente del aviso estará disponible si usted la solicita, en la oficina de la Práctica, en el sitio web de la Práctica