

## Summary Notice of Privacy Practices

This summary 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 complete notice of privacy practice can be obtained from any registration or service area.

How we may use and disclose your health information: We may use health information about you for treatment, to get paid for treatment, for administrative purposes, and to evaluate the quality of care that you receive. For example, your health information may be shared with other providers to whom you are referred. Information may be shared by paper, mail, electronic mail, fax, or other methods. We may use or disclose your health information without your written authorization for several reasons, including emergency treatment. But beyond those situations, we will ask for your written authorization before using or disclosing your health information. If you sign an authorization to disclose information, you can later revoke it to stop any future uses and disclosures.

**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.

### Get an electronic or paper copy of your medical record

- You can ask to see 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.

### Ask us to correct your 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 communications

- 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 what we use or 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 and you let us know at the time of registration, you can ask us not share the 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 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.
- We will include all the disclosures except for those about treatment, payment, and health care operations, and certain other disclosures (as 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.

### File a complaint if you feel your rights are violated

- You can complain if you feel we have violated your rights by contacting us using the information below.
- 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 [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- We will not retaliate against you for filing a complaint.

**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 in writing, and we will follow your instructions.

### In these cases, you have both the right and the 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
- Not share information with Health Information Exchanges (HIEs)
- Include your information in a hospital directory
- Contact you for fundraising efforts

*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 LEGAL DUTY:** We are required by law to protect the privacy of your health information, provide a notice about our privacy practices, follow the privacy practices that are described by our Notice, and seek your acknowledgement of receipt of the Notice. We may change our privacy policies at any time. Before we make significant change in our policies, we will change our Notice of Privacy Practices and post the new notice in prominent areas. You can also request a copy of our Notice at any time. For more information about our privacy policies, contact the person(s) listed below.

### IF YOU HAVE ANY QUESTIONS OR COMPLAINTS, PLEASE CONTACT BY LETTER OR PHONE:

PATIENT REPRESENTATIVE:  
ELKHART GENERAL HOSPITAL, 600 EAST BLVD, ELKHART, IN 46514; (574) 296-6472  
MEMORIAL HOSPITAL OF SOUTH BEND, 615 NORTH MICHIGAN STREET, SOUTH BEND, IN 46601; (574) 647-7976  
COMMUNITY HOSPITAL OF BREMEN, 1020 HIGH ROAD, BREMEN, IN 46506; (574) 296-6472

PRIVACY OFFICER:  
BEACON HEALTH SYSTEM, 615 NORTH MICHIGAN STREET, SOUTH BEND, IN 46601; (574) 657-7751.

## Resumen del Aviso de Prácticas de Privacidad

Este resumen describe cómo se puede usar y divulgar información médica sobre usted y cómo usted puede tener acceso a esta información. Por favor, revise con cuidado. Una notificación completa de las normas de privacidad se puede obtener en cualquier oficina de registración o área de servicio.

¿Cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud?: Podemos usar su información médica para tratamiento, para recibir el pago por el tratamiento, para fines administrativos, y para evaluar la calidad de la atención que recibe. Por ejemplo, su información médica puede ser compartida con otros proveedores a los que a usted se les ha referido. La información puede ser compartida por papel, correo, correo electrónico, fax, o por otros métodos. Podemos usar o divulgar su información médica sin su autorización por escrito, por varias razones, incluyendo el tratamiento de emergencia. Pero más allá de esas situaciones, le pediremos su autorización escrita antes de usar o revelar su información de salud. Si usted firma una autorización para revelar información, puede revocarla para detener en futuro todo uso o divulgación.

**SUS DERECHOS:** Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección le explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

### Obtenga una copia electrónica o en papel de su expediente médico

- Usted puede pedir ver u obtener una copia electrónica o en papel de su historia médica y otra información médica que tenemos sobre usted. Consúltenos cómo hacerlo.
- Nosotros le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, por lo general dentro de los primeros 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

### Consúltenos para corregir su expediente médico

- Usted puede pedir que corrijamos su información médica que usted cree que es incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Se puede decir “no” a su solicitud, pero le diremos la razón por escrito en un periodo de 60 días.

### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Usted puede pedirnos de una manera específica como ponernos en contacto con usted en (por ejemplo, mediante su teléfono de domicilio u oficina), o enviarle un correo a una dirección diferente que no sea su casa.
- Vamos a decir “sí” a todas las solicitudes razonables.

### Pídanos limitar la información que usamos y lo que compartimos

- Usted puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y se puede decir “no” si afectaría a su cuidado.
- Si usted paga de su bolsillo, en su totalidad por un servicio o artículo para el cuidado de su salud y nos deja saber en el momento de la inscripción, puede solicitarnos que no compartamos la información con el propósito de pago o de las operaciones de su compañía de seguros de salud
- Vamos a decir “sí” a menos que la ley nos obligue a compartir esa información.

### Obtenga una lista de aquellos con los que hemos compartido información

- Usted puede solicitar una lista (contabilizada) de las veces que hemos compartido su información de salud para los últimos seis años de la fecha en que lo solicite. Sabrá lo que compartimos, el por qué y con quien
- Vamos a incluir todas las divulgaciones, excepto aquellos sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención de salud, y ciertas otras informaciones (como cualquiera que nos pida que haga). Nosotros le podemos ofrecer una contabilidad de un año de forma gratuita, pero se cobrará una tarifa razonable basada en el costo si pide otra dentro de los 12 meses.

### Obtenga una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha aceptado recibir la notificación electrónica. Nosotros le proporcionaremos con una copia en papel con prontitud.

### Elija a alguien para que actúe o intervenga por usted

- Si usted ha dado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga la autoridad y puede actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción.

### Presentar una queja si considera que sus derechos son violados

- Usted puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros usando la siguiente información.
- Usted puede presentar una queja ante la Oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Derechos Civiles EE.UU. mediante el envío de una carta a la siguiente dirección: 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando la página de internet [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

**SUS OPCIONES:** Para cierta información de salud, usted puede decirnos sus opciones acerca de lo que compartimos. Si usted tiene una preferencia por la forma en que compartimos la información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos por escrito, y vamos a seguir sus instrucciones.

### En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos:

- Compartir información con su familia, amigos, u otras personas involucradas en su cuidado
- Compartir información en una situación de socorro o desastre (emergencia)
- No compartir información con intercambios de información de salud (HIE)
- Incluir la información en un directorio del hospital
- Ponerse en contacto con usted para recaudar fondos

*Si usted no está en capacidad de decirnos su preferencia, por ejemplo, si pierde el conocimiento, podemos proseguir y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.*

### En estos casos, no compartimos su información, a menos que usted nos dé permiso por escrito:

- Propósitos de Mercadeo
- La venta de su información
- Compartir notas de psicoterapia

### En el caso de la recaudación de fondos

- Podemos comunicarnos con usted para recaudar fondos, pero usted puede decirnos que no le contactemos de nuevo.

**NUESTRO DEBER LEGAL:** Estamos obligados por ley a proteger la privacidad de su información de salud, proporcionar un aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, seguir las prácticas de privacidad que se describen en nuestro Aviso, y obtener su consentimiento mediante un acuse de recibo de la notificación. Es posible que cambiemos nuestra política de privacidad en cualquier momento. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras políticas, modificaremos nuestro Aviso de prácticas de privacidad y publicaremos el nuevo aviso en las áreas prominentes. También puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información acerca de nuestras políticas de privacidad, póngase en contacto con la persona(s) que se muestran a continuación.

### SI TIENE ALGUNA PREGUNTA O QUEJAS, PONGANSE EN CONTACTO POR ESCRITO O POR TELEFONO A: REPRESENTANTE DEL PACIENTE:

ELKHART GENERAL HOSPITAL, 600 EAST BLVD, ELKHART, IN 46514; (574) 296-6472  
MEMORIAL HOSPITAL OF SOUTH BEND, 615 NORTH MICHIGAN STREET, SOUTH BEND, IN 46601; (574) 647-7976  
COMMUNITY HOSPITAL OF BREMEN, 1020 HIGH ROAD, BREMEN, IN 46506; (574) 296-6472

EL OFICIAL DE PRIVACIDAD:  
BEACON HEALTH SYSTEM, 615 NORTH MICHIGAN STREET, SOUTH BEND, IN 46601; (574) 657-7751.