

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**  
**of the**  
**UNIVERSITY OF NORTH CAROLINA HEALTH CARE SYSTEM AFFILIATED COVERED**  
**ENTITY, ORGANIZED HEALTH CARE ARRANGEMENT, AND OTHER AFFILIATES**

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.

Original effective date: March 10, 2003  
**This version is effective: April 1, 2018**

**WHO FOLLOWS THIS NOTICE**

The following members and affiliates of the University of North Carolina Health Care System (“UNCHCS”) (referred to herein individually as an “entity” and collectively as “entities”), and the individual health care providers who provide health care to you at the entities’ locations, follow the privacy practices described in this Notice:

UNCHCS AFFILIATED COVERED ENTITY & ORGANIZED HEALTH CARE ARRANGEMENT MEMBERS:

UNC HOSPITALS  
THE UNIVERSITY OF NORTH CAROLINA AT CHAPEL HILL, SCHOOL OF MEDICINE  
UNC PHYSICIANS NETWORK, LLC  
UNC PHYSICIANS NETWORK GROUP PRACTICES, LLC  
REX HOSPITAL, INC.  
CHATHAM HOSPITAL, INCORPORATED  
CALDWELL MEMORIAL HOSPITAL, INCORPORATED  
HIGH POINT REGIONAL HEALTH  
REGIONAL PHYSICIANS, LLC  
PREMIER SURGERY CENTER, LLC  
UNC ROCKINGHAM HEALTH CARE, INC.

OTHER UNCHCS AFFILIATES:

HENDERSON COUNTY HOSPITAL CORPORATION D/B/A MARGARET R. PARDEE MEMORIAL HOSPITAL  
JOHNSTON HEALTH SERVICES CORPORATION D/B/A JOHNSTON HEALTH  
NASH HOSPITALS, INC.  
NASH MSO, INC.  
NHCS PHYSICIANS, INC.

When physicians, nurses, and other individuals who are not employed by any entity provide health care to you at the entity’s locations, they are part of the entity’s Organized Health Care Arrangement and abide by this Notice. The entities and individuals are individually and collectively referred to in this Notice as the “UNC Health Care System” or “we.”

Members of an Organized Health Care Arrangement may share protected health information about you with each other for the treatment, payment or health care operations purposes of the Organized Health Care Arrangement, as described in this Notice.

---

## **A. OUR DUTIES TO PROTECT YOUR HEALTH INFORMATION**

---

We are required by law to maintain the privacy of your protected health information, to provide you with notice of our legal duties and privacy practices with respect to protected health information, and to notify affected individuals following a breach of unsecured protected health information. Protected health information (“PHI”) includes information that we collect about your past, present, or future health, health care we provide to you, and payment for your health care.

We are also required to abide by the terms of this Notice, which is the Notice currently in effect. We reserve the right to change the terms of this Notice and to make the new notice provisions effective for all PHI that we maintain. If we change this Notice, we will provide you with a revised notice by:

- Posting the revised notice in our service locations (hospitals, clinics, nursing homes, etc.);
- Making copies of the revised notice available upon request (either at our service locations or through the contact person listed in this notice); and
- Posting the revised notice on our website, [www.unchealthcare.org](http://www.unchealthcare.org).

---

## **B. HOW WE MAY USE AND DISCLOSE YOUR PROTECTED HEALTH INFORMATION**

---

Federal law requires us to protect the privacy of your PHI. In addition, North Carolina law protects not only your rights of privacy, but also your relationship with your physician and, if applicable, your mental health provider. State law restricts the disclosure of your health information (and that of your physician or mental health provider) in many instances. However, we may disclose your health information under State and Federal law: for treatment, payment and health care operations; with your permission; pursuant to a court order; or as otherwise may be permitted or required by law. We will request that you sign a “General Consent for Treatment” form which asks for your permission to provide treatment to you and provides other information and consents. This “General Consent for Treatment” also asks for you to sign a statement confirming that you have received a copy of this Notice and is different from an “authorization” that is mentioned in other parts of this Notice.

- 1. North Carolina state law and Federal law allow us to use and disclose your PHI for the purposes of providing treatment to you, obtaining payment for those services, and for health care operations. These purposes are described below.**

**Treatment:** We need to use and disclose your PHI to provide, coordinate or manage your health care and related services. This may include communicating with other health care providers regarding your treatment and coordinating and managing your health care with others.

For example, we need to use and disclose your PHI, both inside and outside our system, when you need a prescription, lab work, an x-ray, or other health care services. In addition, we need to use and disclose your PHI when referring you to another health care provider.

**EXAMPLE:** A doctor treating you for a broken leg may need to know if you have diabetes because diabetes may slow the healing process. In addition, the doctor may need to tell the dietitian if you have diabetes so that we can arrange for appropriate meals. Departments of the hospital and/or physicians may also need to share PHI about you, both inside and outside our system, in order to coordinate different services you may need, such as prescriptions, lab work and x-rays. We may also need to disclose PHI about you to people outside the hospital who may be involved in your medical care after you leave the hospital, such as home health providers or others who may provide services that are part of your care.

**Payment:** Generally, we need to use and give your PHI to others to bill and collect payment for the treatment and services provided to you. Before you receive scheduled services, we may need to share information about these services with your health plan(s). Sharing information allows us to ask for coverage under your health plan or policy and for approval of payment before we provide the services. We may also need to share portions of medical information about you with the following:

- Billing departments;
- Collection departments or agencies, or attorneys assisting us with collections, including the State of North Carolina Office of the Attorney General;
- Insurance companies, health plans and their agents which may be responsible for payment of your health care bills;
- Hospital departments that review the care you received to check that it and the costs associated with it were appropriate for your illness or injury;
- Consumer reporting agencies (e.g., credit bureaus); and
- Others who are responsible for your bills, such as your spouse or a guarantor of your bills, as necessary for us to collect payment.

**EXAMPLE:** Let's say you have a broken leg. We may need to give your health plan(s) information about your condition, supplies used (such as plaster for your cast or crutches), and services you received (such as x-rays or surgery). The information is given to our billing department and your health plan so we can be paid or you can be reimbursed. We may also need to send the same information to an internal department that reviews our care of your illness or injury.

If you have provided a cellular telephone number to us, we may use that number to contact you regarding billing and collections, unless you tell us otherwise.

**Health Care Operations:** We need to use and disclose your PHI in performing business activities, which we call “health care operations”. These “health care operations” allow us to improve the quality of care we provide and reduce health care costs. We may use your PHI for our own “health care operations” and those of the Organized Health Care Arrangement in which we participate. In addition, we may need to disclose your PHI for the “health care operations” of other providers involved in your care to improve the quality, efficiency and costs of their care or to evaluate and improve the performance of their providers. We may also dispose of, examine, or use surplus or excess samples of your blood, urine, other bodily fluids or tissue that are of no further value for your care and treatment (collectively, “surplus specimens”) and your related PHI for “health care operations” and research, consistent with this Notice. Examples of the way we may need to use or disclose your PHI and surplus specimens for “health care operations” include the following:

- *Reviewing and improving the quality, efficiency and cost of care that we provide to you and our other patients.* For example, we may need to use your PHI to develop ways to assist our health care providers and staff in deciding what medical treatment should be provided to others.
- *Improving health care and lowering costs for groups of people who have similar health problems and to help manage and coordinate the care for these groups of people.* We may need to use PHI to identify groups of people with similar health problems to give them information, for instance, about treatment alternatives, classes, or new procedures.
- *Reviewing and evaluating the skills, qualifications, and performance of health care providers taking care of you.*
- *Providing training programs for students, trainees, health care providers or non-health care professionals (for example, billing clerks or assistants, etc.) to help them practice or improve their skills.*
- *Cooperating with outside organizations that assess the quality of the care we and others provide.* These organizations might include government agencies or accrediting bodies such as The Joint Commission.
- *Cooperating with outside organizations that evaluate, certify or license health care providers, staff or facilities in a particular field or specialty.* For example, we may need to use or disclose PHI so that one of our nurses may become certified as having expertise in a specific field of nursing, such as pediatric nursing, or to organizations which accredit our special programs such as our cancer or trauma programs.
- *Assisting various people who review our activities.* For example, your PHI may be seen by doctors reviewing the services provided to you, and by accountants, lawyers, and others who assist us in complying with applicable laws.
- *Planning for our organization’s future operations, and fundraising for the benefit of our organization.*

- *Conducting business management and general administrative activities related to our organization and the services it provides, such as activities performed by Risk Management and the Legal Department.*
- *Resolving grievances within our organization.*
- *Reviewing activities and using or disclosing PHI in the event that we sell our business, property or give control of our business or property to someone else.*
- *Complying with this Notice and with applicable laws.*

**Business Associates:** There are some services we provide through contracts with outside individuals or companies, such as, offsite storage facilities, record copy services, and liability insurance carriers. We may disclose your PHI to these contractors so that they can perform the services we have asked them to perform. These contractors are called “business associates.” In order to protect your PHI, “business associates” are required by law to provide appropriate safeguards and procedures for the privacy and security of PHI entrusted to them under the contract.

**Fundraising Activities:** We may use and/or disclose certain PHI about you, including disclosure to one of our foundations, to contact you to raise money for our services and operations. Information we may use or release for this purpose includes your treating provider(s), department(s) of service, outcome(s) information related to treatment or services you received from us, insurance status, and demographic information (including addresses, contact information, age, date of birth, and gender), as well as the dates you received treatment or services from us. You have the right to opt out of receiving these communications. If you do not want us to use your PHI to contact you for fundraising efforts, please call the number or write to the address listed on the last page of this Notice. Additionally, every fundraising communication from us to you (where we’ve used your PHI to target the communication) will provide you with an opportunity and means to opt out of receiving fundraising communications in the future.

**2. We may use and disclose your PHI under other circumstances without your authorization or an opportunity to agree or object.**

We may use and/or disclose your PHI for a number of circumstances in which you do not have to consent, give authorization or otherwise have an opportunity to agree or object. However, some North Carolina laws regarding specific types of treatment may provide you with more protection, and those special protections are discussed in subsection B.4 below. The circumstances in which you do not have to consent, give authorization or otherwise have an opportunity to agree or object include:

- *When the use and/or disclosure is required by law.* For example, when a disclosure is required by federal, state or local law or other judicial or administrative proceeding.
- *When the use and/or disclosure is necessary for public health activities.* For example, we may disclose your PHI if you have been exposed to a communicable disease or may

otherwise be at risk of contracting or spreading a disease or condition (subject to the special restrictions discussed in subsection B.4 below). This includes lifetime reporting to the North Carolina Cancer Registry information about cancer patients that we treat.

- *When the disclosure relates to victims of abuse, neglect or domestic violence.*
- *When the use and/or disclosure is for health oversight activities.* For example, we may disclose your PHI to a state or federal health oversight agency, such as the North Carolina Division of Health Service Regulation, which is authorized by law to oversee our operations (subject to the special restrictions discussed in subsection B.4 below).
- *When the disclosure is for judicial and administrative proceedings.* For example, we may disclose your PHI in response to an order of a court or administrative tribunal.
- *When the disclosure is for law enforcement purposes.* For example, we may disclose your PHI in order to comply with laws that require the reporting of certain types of wounds or other physical injuries.
- *When the use and/or disclosure relates to decedents.* For example, we may disclose your PHI to a coroner or medical examiner for the purposes of identifying you should you die.
- *When the use and/or disclosure is made for the purpose of facilitating organ, eye or tissue donation and transplantation.*
- *When the use and/or disclosure relates to research.* We may disclose your PHI, and surplus specimens, for research that is approved by a research review committee and for which your written consent is not required by law. We may also review your PHI to determine if you are eligible to participate in a research study or to allow a researcher to contact you to determine if you are interested in participating in a research study.
- *When the use and/or disclosure is to protect against a serious threat to health or safety.* For example, we may disclose your PHI to prevent or lessen a serious and imminent threat to the health or safety of a person or the public.
- *When the use and/or disclosure relates to specialized government functions.* For example, we may disclose your PHI if it relates to military and veterans' activities, national security and intelligence activities, protective services for the President, and medical suitability or determinations of the Department of State.
- *When the use and/or disclosure relates to correctional institutions and other law enforcement custodial situations.* For example, in certain circumstances, we may disclose your PHI to a correctional institution having lawful custody of you.
- *When the use and/or disclosure is required under North Carolina's laws regarding workers' compensation.* For example, in certain circumstances, we may disclose your

PHI regarding a work-related injury or illness to your employer and your employer's workers' compensation carrier.

**3. You can object to certain uses and disclosures.**

Unless you object, we may use or disclose your PHI in the following circumstances (subject to the special restrictions discussed in subsection B.4 below):

- We may share your location in the facility and your general condition (critical, serious, etc.) in our patient listing with people who ask for you by name. In addition, this information, including religious affiliation, is included on a clergy list and will be shared with community clergy (not employed by UNC Health Care System) when requested.
- We may share with a family member, relative, friend or other person identified by you, PHI directly related to that person's involvement in your care or payment for your care. We may share with a family member, authorized representative or other person responsible for your care PHI necessary to notify such individuals of your location, general condition or death.
- We may share with a public or private agency (for example, American Red Cross) your PHI for disaster relief purposes. Even if you object, we may still share the PHI if necessary for the emergency circumstances.

If you would like to object to our use or disclosure of your PHI in the above circumstances, please call our contact person listed on the cover page of this Notice.

**4. We may use and disclose your PHI in some circumstances only with your authorization.**

In the event we may seek to use or disclose your PHI for marketing purposes, or sell any of your PHI, we will only do so after obtaining your authorization. We will also obtain your authorization before we use or disclose psychotherapy notes made by your mental health provider during a counseling session, except when we use or disclose them for certain limited treatment, payment, and health care operations purposes; government oversight; or to protect the life or health of any person. For any other use and/or disclosure of your PHI not otherwise described in this Notice of Privacy Practices, we will seek your authorization.

If you authorize us to use or disclose your PHI, you may revoke that authorization, in writing, at any time. If you revoke your authorization, we will no longer use or disclose your PHI for the purpose(s) covered by your written authorization. However, we cannot take back any disclosures already made pursuant to a valid authorization.

**5. You may have additional rights under other laws.**

Some North Carolina laws provide you with more protection for specific types of information than federal laws protecting the privacy of your PHI, and where applicable, we will follow the

requirements of those North Carolina laws. Some of those laws are discussed in other sections above. In addition, the following laws may apply to our treatment of you:

- If you have one of several specific communicable diseases (for example, tuberculosis, syphilis or HIV/AIDS), information about your disease will be treated as confidential, and will be disclosed without your written permission only in limited circumstances. We may not need to obtain your permission to report information about your communicable disease to State and local officials or to otherwise use or release information in order to protect against the spread of the disease.
- Under North Carolina law, our pharmacy will only disclose or provide a copy of your prescription orders to:
  - ✓ you, your guardian, or, if you are a minor, your parent, guardian or someone legally acting in the place of your parent; or to you, if you are a minor and have consented to the treatment of the condition for which the prescription was issued;
  - ✓ the provider who issued the prescription or who is treating you;
  - ✓ a pharmacist who is providing pharmacy services to you;
  - ✓ a person whom you or your authorized representative have identified in a signed, written authorization as being authorized to receive a copy of the orders;
  - ✓ a person authorized by subpoena, court order or statute;
  - ✓ a company which, by law or contract, is responsible for providing or paying for medical care for you;
  - ✓ a member or designated employee of the Board of Pharmacy;
  - ✓ your executor, administrator or spouse, if you are deceased;
  - ✓ Board of Pharmacy-approved researchers, if there are adequate safeguards to protect the confidentiality of the information; or
  - ✓ the person who owns the pharmacy or his authorized agent.
- We may also release information about you if we reasonably believe that the release is necessary to protect the life or health of any person.
- North Carolina law generally requires that we obtain your written consent before we may disclose health information related to your mental health, developmental disabilities, or substance abuse services. There are some exceptions to this requirement. We can disclose this health information to members of our workforce, our professional advisors, and to agencies or individuals that oversee our operations or that help us carry out our responsibilities in serving you. We also may disclose information to the following people:



(i) a health care provider who is providing emergency medical services to you and (ii) other mental health, developmental disabilities, and substance abuse facilities or professionals when necessary to coordinate your care or treatment. We may also share information about your mental health, developmental disabilities, or substance abuse services with your other health care providers outside of the UNCHCS in order to coordinate your care and treatment or to conduct quality assessment and improvement activities, unless you object in writing. You may make your written objection by following the procedures outlined in subsection C.1 below to request a restriction on how we use your PHI, including mental health information. If we determine that there is an imminent threat to your health or safety, or the health or safety of someone else, we may disclose information about you to prevent or lessen the threat. We also will release information about you if the law requires us to do so, for example, when a court orders disclosure, when we suspect abuse or neglect of a child or disabled adult, or when one of our physicians believes that a client has a communicable disease or is infected with HIV and is not following safety measures. If we believe it is in your best interests, we may disclose information about you for a guardianship or involuntary commitment proceeding that involves you. When you are admitted to or discharged from a mental health, developmental disabilities, or substance abuse facility, we may disclose that fact to your next of kin if we believe the disclosure is in your best interests, but only if you do not object. If you have a next of kin who is substantially involved in your care, upon his or her request we are required to provide this kin with information relating to your admission or discharge from a facility, including the identity of the facility, any decision on your part to leave a facility against medical advice, and referrals and appointment information for treatment after discharge after we notify you that this information was requested.

- Federal law requires that we obtain your written consent before we may disclose certain information that would identify you as a substance abuser or a patient of substance abuse services if you apply for or receive substance abuse services from any of the following: a provider (other than a general medical care facility) that holds itself out as providing, and provides, alcohol or drug abuse diagnosis, treatment or referral for treatment; an identified unit within a general medical care facility that holds itself out as providing, and provides, alcohol or drug abuse diagnosis, treatment or referral for treatment; or personnel or staff within a general medical care facility whose primary function is the provision of alcohol or drug abuse diagnosis, treatment or referral for treatment and who are identified as such providers. There are some exceptions to this requirement. We may disclose this information within our program to members of our workforce as needed to coordinate your care and to agencies or individuals that help us carry out our responsibilities in serving you. We may disclose this information to medical personnel in a medical emergency. We may disclose this information to qualified personnel for research, audit, or program evaluation. If we suspect that a child is abused or neglected, state law requires us to report the abuse or neglect to the Department of Social Services, and we may disclose substance abuse treatment information when making the report. We will disclose substance abuse treatment information about you if a court orders us to do so. If you commit a crime or threaten to

commit a crime on the premises of our program or against our program personnel, we may report information about the crime or threat to law enforcement officers and we may disclose substance abuse treatment information when making the report. Under state law, if you request treatment and rehabilitation for drug dependence from one of our practitioners, your request will be treated as confidential. We will not disclose your name to any police officer or other law enforcement officer unless you consent to our sharing of it. Even if we refer you to another person for treatment and rehabilitation, we will continue to keep your name confidential.

- Certain professional licensing rules and ethical standards may provide more protection for health information, and where applicable, we will follow those rules and standards.

#### **6. Special Provisions for minors under North Carolina Law.**

Under North Carolina law, minors, with or without the consent of a parent or guardian, have the right to consent to services for the prevention, diagnosis and treatment of certain illnesses including: venereal disease and other diseases that must be reported to the State of North Carolina; pregnancy; abuse of controlled substances or alcohol; and emotional disturbance. **If you are a minor and you consent to one of these services, you have all the authority and rights included in this Notice relating to that service.** Regarding abortion services, however, North Carolina law requires the consent of both the minor and a parent with custody or with whom the minor is living, a legal guardian or custodian, or a grandparent with whom the minor has been living for at least six (6) months, unless a court has determined that the minor alone can consent to the abortion. In addition, the law permits certain minors to be treated as adults for all purposes. These minors have all rights and authority included in this Notice for all services.

#### **7. We may contact you to provide appointment reminders.**

We may use and/or disclose PHI to contact you to provide a reminder to you about an appointment you have for treatment or medical care.

#### **8. We may contact you with information about treatment, services, products or health care providers.**

We may use and/or disclose PHI to manage or coordinate your health care. This may include telling you about treatments, services, products and/or other health care providers.

**EXAMPLE:** If you are diagnosed with diabetes, we may tell you about nutritional and other counseling services that may be of interest to you.

#### **9. Health Information Exchanges.**

Some of us may participate in the North Carolina Health Information Exchange (the "Exchange") or similar initiatives. If we participate in the Exchange, we will share your PHI with the Exchange and may use the Exchange to access your PHI to assist us in providing health care to you. If you do not want us to share your PHI with the Exchange, you must opt out by submitting

a form directly to the Exchange. Forms (and brochures about the Exchange) are available at participating locations or by contacting the UNC Health Care System Privacy Office at (984) 974-1069. Even if you opt out of the Exchange, we may use your PHI available from the Exchange in order to provide emergency care to you or for public health or research purposes authorized by law, and disclose your PHI to the Exchange when you receive hospital services that are paid for by Medicaid.

**10. Any other use or disclosure of PHI about you requires your written authorization.**

Under any circumstances other than those listed above, we will ask for your written authorization before we use or disclose PHI about you. If you sign a written authorization allowing us to disclose PHI about you in a specific situation, you can later cancel your authorization in writing by contacting our Medical/Health Information Management Department. If you cancel your authorization in writing, we will not disclose PHI about you after we receive your cancellation, except for disclosures which were being processed before we received your cancellation.

---

**C. YOUR RIGHTS REGARDING YOUR PHI.**

---

**1. You have the right to request restrictions on uses and disclosures of PHI about you.**

We may communicate with you about your PHI by telephone, in writing through U.S. mail, electronically by e-mail, or through a secure patient portal. You have the right to request that we restrict the use and disclosure of PHI about you, but we are not required to agree to your requested restrictions in most circumstances. In addition, even if we agree to your request, in certain situations your restrictions may not be followed. These situations include emergency treatment, disclosures to the Secretary of the Department of Health and Human Services, and uses and disclosures described in subsection B.2 of the previous section of this Notice. However, we must agree to your request to restrict disclosure of your PHI for PHI that pertains solely to a health care item or service for which you, or another on your behalf, have paid in full out-of-pocket, if such disclosure is to a health plan for the purpose of carrying out payment or health care operations. You may request a restriction by contacting any of the following individuals to obtain a form to complete to make your request: The Medical Records Custodian or the Privacy Officer of the facility or practice where you received services, or the UNCHCS Chief Privacy Officer at (984) 974-1069.

**2. You have the right to request different ways to communicate with you.**

You have the right to request how and where we contact you about PHI. For example, you may request that we contact you at your work address or phone number or by email. Your request must be in writing. We must accommodate reasonable requests, but, when appropriate, may condition that accommodation on your providing us with information regarding how payment will be handled and your specification of an alternative address or other method of contact. You may request alternative communications by contacting any of the following individuals to obtain a form to complete to make your request: The Medical Records Custodian or the Privacy

Officer of the facility or practice where you received services, or the UNCHCS Chief Privacy Officer at (984) 974-1069.

**3. You have the right to see and copy PHI about you.**

You have the right to request to see and receive a copy of your PHI contained in clinical, billing and other records used to make decisions about you. You have the right to receive your copy of PHI in its original electronic version if possible or, if not possible, in another electronic format that is mutually agreeable to you and us. Your request must be in writing. We may charge you related fees. Instead of providing you with a full copy of the PHI, we may give you a summary or explanation of the PHI, if you agree in advance to the form and cost of the summary or explanation. There are certain situations in which we are not required to comply with your request. Under these circumstances, we will respond to you in writing, stating why we will not grant your request and describing any rights you may have to request a review of our denial. You may request to see and receive a copy of your PHI by contacting any of the following individuals to obtain a form to complete to make your request: The Medical Records Custodian or the Privacy Officer of the facility or practice where you received services, or the UNCHCS Chief Privacy Officer at (984) 974-1069.

**4. You have the right to request amendment of certain of your PHI.**

You have the right to request that we make amendments to clinical, billing and other records used to make decisions about you. Your request must be in writing and must explain your reason(s) for the request. We may deny your request if: 1) the information was not created by us (unless you prove the creator of the information is no longer available to amend the record); 2) the information is not part of the records used to make decisions about you; 3) we believe the information is correct and complete; or 4) you would not have the right to see and copy the record as described in subsection C.3 above. We will tell you in writing the reasons for the denial and describe your rights to give us a written statement disagreeing with the denial. If we accept your request to amend the information, we will make reasonable efforts to inform others of the amendment, including persons you name who have received the PHI and who need the amendment. You may request an amendment by contacting any of the following individuals to obtain a form to complete to make your request: The Medical Records Custodian or the Privacy Officer of the facility or practice where you received services, or the UNCHCS Chief Privacy Officer at (984) 974-1069.

**5. You have the right to a listing of disclosures we have made.**

You have the right to receive a written list of certain disclosures we have made of PHI about you. You may ask for disclosures made up to six (6) years before your request. We are required to provide a listing of all disclosures except the following:

- For your treatment;
- For billing and collection of payment for your treatment;
- For health care operations;

- Made to or requested by you, or that you authorized;
- Incidental to permitted uses and disclosures;
- Made to individuals involved in your care, for directory or notification purposes, or for other purposes described in subsection B.3 above;
- Allowed by law when the use and/or disclosure relates to certain specialized government functions or relates to correctional institutions and in other law enforcement custodial situations (please see subsection B.2 above); and
- As part of a limited set of information which does not contain certain information which would identify you.

The list will include the date of the disclosure, the name (and address, if available) of the person or organization receiving the information, a brief description of the information disclosed, and the purpose of the disclosure. If, under permitted circumstances, PHI about you has been disclosed for certain types of research projects, the list may include different types of information.

If you request a list of disclosures more than once in 12 months, we can charge you a reasonable fee. You may request a listing of disclosures by contacting any of the following individuals to obtain a form to complete to make your request: The Medical Records Custodian or the Privacy Officer of the facility or practice where you received services, or the UNCHCS Chief Privacy Officer at (984) 974-1069.

**6. You have the right to breach notification.**

You have the right to receive notice in the event of a breach of your unsecured PHI.

**7. You have the right to a copy of this Notice.**

You have the right to request a paper copy of this Notice at any time by contacting the Privacy Officer of the facility or practice where you received services, or the UNCHCS Chief Privacy Officer at (984) 974-1069. We will provide a copy of this Notice no later than the date you first receive service from us (except for emergency services, and then we will provide the Notice to you as soon as possible).

---

**D. CONTACTS FOR QUESTIONS AND COMPLAINTS**

---

If you need more information about our privacy practices or have questions about this Notice, if you think we have violated your privacy rights, or if you want to complain to us about our privacy practices, you can contact the persons listed below:

**For the UNCHCS Affiliated Covered Entity and Organized Health Care Arrangement**

(UNC Hospitals; The University of North Carolina at Chapel Hill, School of Medicine; UNC Physicians Network, LLC; UNC Physicians Network Group Practices, LLC; Rex Hospital, Inc.; Chatham Hospital, Incorporated; Caldwell Memorial Hospital, Incorporated; High Point Regional Health; Regional Physicians, LLC; Premier Surgery Center, LLC, and UNC Rockingham Health Care, Inc.:

**Chief Privacy Officer  
UNC Health Care System  
101 Manning Drive  
Chapel Hill, North Carolina 27514  
Phone: (984) 974-1069**

**For Henderson County Hospital Corporation d/b/a Margaret R. Pardee Memorial Hospital:**

**Privacy Officer  
800 N. Justice Street  
Hendersonville, NC 28791  
Phone: (828) 696-4251**

**For Johnston Health Services Corporation d/b/a Johnston Health:**

**Privacy Officer  
509 N. Bright Leaf Boulevard  
Smithfield, NC 27577  
Phone: (919) 938-7121**

**For Nash Hospitals, Inc., Nash MSO, Inc., and NHCS Physicians, Inc.:**

**Quality Support Service Representative  
2460 Curtis Ellis Drive  
Rocky Mount, NC 27804  
Phone: (252) 962-8082**

You may also send a written complaint to the United States Secretary of the Department of Health and Human Services. Contact information can be found at the website for the Office of Civil Rights at [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr).

If you file a complaint, we will not take any action against you or change our treatment of you in any way.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**  
**de la**  
**UNIVERSITY OF NORTH CAROLINA HEALTH CARE SYSTEM**  
**ENTIDAD AFILIADA CUBIERTA Y DEL ACUERDO PARA EL CUIDADO ORGANIZADO DE**  
**LA SALUD Y OTROS AFILIADOS**

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED SE PUEDE USAR Y DIVULGAR Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Fecha de vigencia original: 10 de marzo de 2003  
**Fecha de vigencia de esta versión: 1 de abril de 2018**

**QUIÉN SIGUE ESTE AVISO**

Los siguientes miembros y afiliados de University of North Carolina Health Care System («UNCHCS») (denominados en este documento individualmente como una «entidad» y en forma colectiva como «entidades») y los proveedores de cuidados de la salud individuales que le proporcionan cuidados de la salud en las ubicaciones de las entidades, cumplen con las prácticas de privacidad que se describen en este aviso:

UNCHCS ENTIDAD AFILIADA CUBIERTA Y LOS MIEMBROS DEL ACUERDO PARA EL CUIDADO ORGANIZADO DE LA SALUD:

UNC HOSPITALS  
THE UNIVERSITY OF NORTH CAROLINA AT CHAPEL HILL, SCHOOL OF MEDICINE  
UNC PHYSICIANS NETWORK, LLC  
UNC PHYSICIANS NETWORK GROUP PRACTICES, LLC  
REX HOSPITAL, INC.  
CHATHAM HOSPITAL, INCORPORATED  
CALDWELL MEMORIAL HOSPITAL, INCORPORATED  
HIGH POINT REGIONAL HEALTH  
REGIONAL PHYSICIANS, LLC  
PREMIER SURGERY CENTER, LLC  
UNC ROCKINGHAM HEALTH CARE, INC.

OTROS AFILIADOS DE UNCHCS:

HENDERSON COUNTY HOSPITAL CORPORATION D/B/A MARGARET R. PARDEE MEMORIAL HOSPITAL  
JOHNSTON HEALTH SERVICES CORPORATION D/B/A JOHNSTON HEALTH  
NASH HOSPITALS, INC.  
NASH MSO, INC.  
NHCS PHYSICIANS, INC.

Cuando los médicos, enfermeras y otras personas que no son empleados de ninguna de estas entidades le proporcionan cuidados en las localidades de estas entidades, ellos son parte del acuerdo para el cuidado organizado de la salud de la entidad y tienen que acatar este aviso. En

este aviso se refieren a estas entidades y personas en forma individual y colectiva como «UNC Health Care System» o «nosotros».

Puede que los miembros del acuerdo para el cuidado organizado de la salud compartan información de la salud sobre usted entre ellos para el tratamiento, pago o con el propósito de las operaciones del negocio de cuidados de la salud del acuerdo para el cuidado organizado de la salud como se describe en este aviso.

---

## **A. NUESTRAS OBLIGACIONES DE PROTEGER SU INFORMACIÓN DE LA SALUD**

---

Por ley estamos obligados a proteger la privacidad de su información de la salud protegida, proporcionarle el aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de la privacidad con respecto a información de la salud protegida y notificar a los individuos afectados después de una violación a su información de la salud protegida no asegurada. La información de la salud protegida (Protected Health Information - PHI por sus siglas en inglés) incluye información que nosotros recopilamos sobre su salud pasada, presente y futura, cuidado de la salud que nosotros le proporcionamos y pago por el cuidado de su salud.

También se nos exige acatar los términos de este aviso, que es el aviso actualmente en vigencia. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y hacer nuevas provisiones aplicables a toda la PHI protegida que mantenemos. Si cambiamos este aviso le proporcionaremos un aviso revisado al:

- Fijar carteles del aviso revisado en nuestras instalaciones de servicio (hospitales, clínicas, residencias de ancianos y convalecientes, etc.);
- Hacer copias del aviso revisado a solicitud (ya sea en nuestras oficinas o a través de la persona de contacto listada en este aviso); y
- Publicar el aviso revisado en nuestra página web, [www.unchealthcare.org](http://www.unchealthcare.org).

---

## **B. CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE LA SALUD PROTEGIDA**

---

La ley federal requiere que protejamos la privacidad de su PHI. Además la ley de Carolina del Norte no solamente protege sus derechos de privacidad, sino también su relación con su médico y, si aplica, con su proveedor de cuidados de la salud mental. La ley estatal, en muchos casos, limita la divulgación de su información (y aquella de su médico o proveedor de cuidados de la salud mental). Sin embargo, puede que divulguemos su información de la salud bajo la ley estatal y federal para tratamiento, pago y operaciones del negocio de cuidados de la salud con su consentimiento; de acuerdo a una orden de la corte o conforme sea permitido o requerido por la ley. Pediremos que firme un «consentimiento general para recibir tratamiento» el cual pide su permiso para proveerle tratamiento y proporciona otra información y autorizaciones. Este «consentimiento general para recibir tratamiento» también pide que usted firme una declaración que confirma haber recibido una copia de este aviso y es diferente de una «autorización» que se menciona en otras partes de este aviso.



1. **La ley estatal de Carolina del Norte y la ley federal nos permiten usar y divulgar su PHI con el propósito de proporcionarle tratamiento, obtener pago por esos servicios y por las operaciones del negocio de cuidados de la salud. Estos fines se describen a continuación.**

**Tratamiento:** Nosotros necesitamos usar y divulgar la PHI acerca de usted para proporcionar, coordinar o dirigir su cuidado de la salud y servicios relacionados. Esto puede incluir comunicarse con otros proveedores de cuidados de la salud con relación a su tratamiento y coordinar y dirigir su cuidado con otros. Por ejemplo, necesitamos usar y divulgar su PHI tanto dentro como fuera de nuestro sistema cuando usted necesita recetas médicas, pruebas de laboratorio, rayos-x u otros servicios de cuidados de la salud. Además, necesitamos usar y divulgar su PHI al remitirle a otro proveedor de cuidados de la salud.

**EJEMPLO:** Un doctor que le está tratando por una pierna rota puede necesitar saber si usted tiene diabetes porque la diabetes puede hacer más lento el proceso de sanación. Además, el doctor podría necesitar comunicarle al dietista si usted es diabético para que hagamos los arreglos necesarios para proporcionarle las comidas adecuadas. Los departamentos de este hospital o los médicos pueden también necesitar compartir la PHI acerca de usted, dentro y fuera de nuestro sistema, a fin de coordinar diferentes servicios que usted pueda necesitar, tales como recetas médicas, pruebas de laboratorio y rayos-x. Podríamos también necesitar divulgar la PHI acerca de usted a personas ajenas al hospital que pudieran estar involucradas en su cuidado médico después de que usted deje el hospital, tales como proveedores de cuidados de la salud que van a su casa u otros que pudieran prestar servicios que forman parte de su cuidado.

**Pago:** Generalmente, necesitamos usar y dar su PHI a otros, para facturar y cobrar el pago por los tratamientos y servicios que le proporcionamos. Antes de recibir servicios programados, podría necesitar compartir información acerca de estos servicios con su(s) plan(es) de seguro médico. Compartir la información nos permite solicitar cobertura bajo su plan de salud o póliza y para obtener aprobación de pago antes de prestarle los servicios. Podríamos también necesitar compartir parte de la información médica acerca de usted con los siguientes:

- Departamentos de facturación;
- Agencias o departamentos de cobros, o abogados ayudándonos con los cobros, incluyendo la Oficina del Fiscal General de Carolina del Norte;
- Compañías de seguros, planes de salud y sus agentes que pueden ser responsables del pago de sus facturas por el cuidado de salud;
- Departamentos del hospital que revisen el cuidado que recibió para verificar si el cuidado y los costos relacionados con él son apropiados para su enfermedad o herida;
- Agencias de reporte al consumidor (por ejemplo, agencias de crédito); y

- Otros que sean responsables por sus cuentas, tales como su cónyuge o un garante de sus cuentas, según sea necesario para cobrar el pago.

**EJEMPLO:** Supongamos que usted tiene una pierna rota. Podemos necesitar darle a su plan de seguro de salud la información acerca de su afección, los suministros que se usaron (tales como la mezcla para hacer el yeso o las muletas), y servicios que recibió (tales como rayos-x o cirugía). La información se le da a nuestro departamento de facturación y a su compañía de seguro para que nos puedan pagar o puedan reembolsarlo a usted. Podemos también necesitar enviar esa misma información a un departamento interno que revisa nuestros cuidados de su enfermedad o lesión.

Si usted nos proporcionó un número de teléfono celular puede que lo usemos para contactarlo con relación a facturación y cobros a menos que usted nos indique lo contrario.

**Operaciones del negocio de cuidados de la salud:** Necesitamos usar y divulgar la PHI al desempeñar actividades de negocios, las cuales llamamos «operaciones del negocio de cuidados de la salud». Estas «operaciones del negocio de cuidados de la salud» nos permiten mejorar la calidad del cuidado que proveemos y reducir los costos. También podríamos usar su PHI para nuestras «operaciones del negocio de cuidados de la salud» y aquellas del acuerdo para el cuidado organizado de la salud en el que nosotros participamos. Además, podríamos necesitar divulgar su PHI para las «operaciones del negocio de cuidados de la salud» de otros proveedores involucrados en su cuidado para mejorar la calidad, eficiencia y costos de su cuidado o para evaluar y mejorar el rendimiento de sus proveedores. También podríamos disponer, examinar o utilizar muestras excedentes o sobrantes de su sangre, orina, otros líquidos corporales o tejido que ya no tiene valor para su cuidado y tratamiento (en forma colectiva, «muestras excedentes») y su PHI relacionada para «operaciones del negocio de cuidados de la salud» e investigación, consistente con este aviso. Ejemplos de cómo pudiéramos necesitar usar o divulgar la PHI y las muestras sobrantes para «operaciones del cuidado de la salud» incluyen los siguientes:

- *Revisión y mejoramiento de la calidad, eficiencia y costo del cuidado que le proporcionamos a usted y a nuestros otros pacientes.* Por ejemplo podríamos necesitar usar su PHI para desarrollar maneras de asistir a nuestros proveedores de cuidados de la salud y al personal en la decisión de cuál tratamiento médico se debe proporcionar a otros.
- *Mejorar el cuidado de la salud y disminuir los costos para grupos de individuos con problemas de salud similares y para asistir en la dirección y coordinación de los cuidados para estos grupos.* Podríamos necesitar usar la PHI para identificar grupos de individuos con problemas de salud similares para darles información, por ejemplo, sobre tratamientos alternativos, clases o procedimientos nuevos.
- *Revisión y evaluación de destrezas, calificaciones y rendimiento de los proveedores de cuidados de la salud que cuidan de usted.*
- *Proporcionar programas de adiestramiento para estudiantes, personal que se está adiestrando, proveedores de cuidados de la salud o personal no-médico (por ejemplo*

*los empleados encargados de facturación, los asistentes, etc.) para ayudarlos a practicar o mejorar sus destrezas.*

- *Cooperación con organizaciones ajenas al hospital que evalúan la calidad del cuidado que nosotros y otros prestamos.* Estas organizaciones pueden incluir agencias gubernamentales u organismos de acreditación como The Joint Commission.
- *Cooperación con organizaciones ajenas al hospital que evalúan, certifican o acreditan proveedores de cuidados de la salud, personal o instalaciones en un campo o especialidad en particular.* Por ejemplo, pudiéramos necesitar usar o divulgar la PHI para que una de nuestras enfermeras pueda certificarse por tener experiencia en un campo específico de la enfermería, tal como la enfermería pediátrica, o a organizaciones que acreditan nuestros programas especiales tales como nuestros programas de cáncer o de traumas.
- *Ayudar a diversos individuos que revisan nuestras actividades.* Por ejemplo, la PHI puede ser vista por los doctores que están revisando los servicios que se le han proporcionado a usted, y por contadores, abogados y otros que nos ayudan a cumplir con las leyes pertinentes.
- *Planificación de operaciones futuras de nuestra organización y recaudación de fondos para el beneficio de nuestra organización.*
- *Desempeño de actividades gerenciales del negocio y actividades administrativas en general relacionadas con nuestra organización y los servicios que proporciona como las actividades llevadas a cabo por el Departamento Legal y de Minimización de Riesgos.*
- *Resolución interna de procedimientos de queja.*
- *Revisión de actividades y uso o divulgación de la PHI, en la eventualidad de venta de nuestra empresa, propiedad o entrega del control de nuestra empresa o propiedad a alguien más.*
- *Cumplimiento de este aviso y las leyes pertinentes.*

**Asociados de negocios:** Hay algunos servicios que proporcionamos por contrato con individuos o empresas, como instalaciones de almacenamiento de fuera, servicios de copia de expedientes médicos y compañías aseguradoras emisoras de pólizas de responsabilidad civil. Podemos divulgar su PHI a estos contratistas para que ellos puedan llevar a cabo los servicios que les pedimos que desempeñen. A estos contratistas se les llama «asociados de negocios». Para proteger su PHI, se requiere por ley que los «asociados de negocios» provean garantías y procedimientos apropiados para la privacidad y seguridad de la PHI que se les confió bajo contrato.

**Actividades para recaudar fondos:** Puede que usemos o divulguemos cierta PHI sobre usted, incluyendo divulgarla a una de nuestras fundaciones para contactarle para recaudar fondos para nuestros servicios y operaciones. La información que podemos utilizar o divulgar con esta finalidad incluye su(s) médico(s) tratante(s), departamento(s) de servicios,

información de los resultados en relación con el tratamiento o servicios que recibió, estado del seguro e información demográfica (incluyendo direcciones, información de contacto, edad, fecha de nacimiento y sexo), así como las fechas en que recibió el tratamiento o servicios. Usted tiene el derecho de rehusar seguir recibiendo estas comunicaciones. Si usted no desea que utilicemos su PHI para contactarle en nuestros esfuerzos para recaudar fondos, llame por teléfono o escriba a la dirección que se encuentra en la última página de este aviso. Adicionalmente, cada comunicación con usted de parte nuestra para recaudar fondos (donde usamos la PHI para dirigir la comunicación) le proporcionará la oportunidad y los medios de optar por no recibir comunicaciones para recaudar fondos en el futuro.

## **2. Podríamos usar y divulgar la PHI bajo otras circunstancias sin su autorización o sin la oportunidad de concordar u oponerse.**

Podemos usar o divulgar su PHI en un sinnúmero de circunstancias en las cuales usted no tiene que consentir, dar autorización o de otra manera tener la oportunidad de concordar u oponerse. Sin embargo, algunas leyes de Carolina del Norte en relación con tipos específicos de tratamiento pueden proveerle más protección y esas protecciones especiales se discuten en la subsección B.4 a continuación. Las circunstancias en las que usted no tiene que consentir, autorizar o de otra manera tener la oportunidad de concordar u oponerse incluyen:

- *Cuando el uso o divulgación se requiere por ley.* Por ejemplo, cuando por ley federal, estatal o local o por otro procedimiento judicial o administrativo se requiere una divulgación.
- *Cuando el uso o divulgación es necesario para actividades de salud pública.* Por ejemplo, podemos divulgar su PHI si usted ha estado expuesto a una enfermedad contagiosa o si está a riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección (sujeto a las restricciones especiales discutidas en el inciso B.4 más adelante). Esto incluye divulgación de por vida al North Carolina Cancer Registry, de la información acerca de pacientes con cáncer que tratamos.
- *Cuando la divulgación concierne a víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.*
- *Cuando el uso o divulgación es por razón de vigilancia de actividades de salud.* Por ejemplo, podemos discutir su PHI con una agencia estatal o federal de vigilancia de actividades de salud tales como North Carolina Division of Health Regulation Services, que está autorizado por la ley a vigilar nuestro funcionamiento. (sujeto a las restricciones especiales discutidas en la subsección B.4 a continuación).
- *Cuando la divulgación es para procedimientos judiciales y administrativos.* Por ejemplo, podemos divulgar su PHI en acatamiento a una orden de la corte o un tribunal administrativo.
- *Cuando la divulgación es por razones de cumplimiento de la ley.* Por ejemplo, podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes que requieren dar cuenta de ciertos tipos de heridas u otras lesiones físicas.

- *Cuando el uso o divulgación se relaciona con difuntos.* Por ejemplo, podemos divulgar la PHI acerca de usted a un pesquisidor o médico forense con el propósito de identificarlo en el caso de que usted muera.
- *Cuando el uso o divulgación se hace con el propósito de facilitar la donación o trasplante de un órgano, ojo o tejido.*
- *Cuando el uso o divulgación se relaciona con la investigación médica.* Puede que divulguemos su PHI y las muestras sobrantes, para investigación que esté aprobada por un comité de revisión de investigación y para el que no se requiere, por ley, su consentimiento. También podemos revisar su PHI para determinar si usted califica para participar en un estudio de investigación o autorizar a un investigador a que se comunique con usted para determinar si a usted le interesa participar en un estudio de investigación.
- *Cuando el uso o divulgación es para proteger contra una grave amenaza a la salud o la seguridad.* Por ejemplo, podemos divulgar su PHI para evitar o disminuir una grave e inminente amenaza a la salud o a la seguridad de una persona o del público.
- *Cuando el uso o divulgación se relaciona con funciones gubernamentales especializadas.* Por ejemplo, podemos divulgar la PHI acerca de usted si se relaciona con actividades militares o de los veteranos, seguridad nacional y actividades de inteligencia, servicios de protección para el Presidente e idoneidad médica o las determinaciones médicas del Departamento de Estado.
- *Cuando el uso o divulgación es en relación con instituciones correccionales y en otras situaciones de custodia de cuerpos policiales.* Por ejemplo, en ciertas circunstancias, podemos divulgar la PHI acerca de usted a una institución correccional con custodia legal sobre usted.
- *Cuando el uso o divulgación es obligatorio bajo las leyes de Carolina del Norte en materia de compensación al trabajador.* Por ejemplo, en ciertos casos, podemos divulgar su PHI a su empleador y a la compañía de seguro de su empleador que cubre por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

### **3. Usted se puede oponer a ciertos usos y divulgaciones.**

A menos que usted se oponga, podemos usar o divulgar su PHI en las siguientes circunstancias (sujeto a las restricciones especiales que se discuten en el inciso B.4 más adelante).

- Podemos compartir su ubicación en la instalación y su condición en general (crítica, grave, etc.) en nuestra lista de pacientes con personas que pregunten por usted por su nombre. Además, esta información, incluyendo afiliación religiosa, está incluida en una lista para el clero y se compartirá a petición, con clérigos de la comunidad (no empleados por UNC Health Care System).
- Podemos compartir con un miembro de la familia, pariente, amigo u otra persona identificada por usted, la PHI directamente relacionada con la participación de esa

persona en su cuidado o en el pago por su cuidado. Podemos compartir con un miembro de la familia, representante autorizado u otra persona responsable de su cuidado la PHI necesaria para notificar a dichas personas sobre su ubicación, condición general o fallecimiento.

- Podemos compartir con una agencia pública o privada (por ejemplo, la Cruz Roja Americana) la PHI acerca de usted por razones de auxilio en casos de desastre. Aun cuando usted se oponga, podemos compartir la PHI acerca de usted, si es necesario en circunstancias de emergencia.

Si usted se quiere oponer a nuestro uso o divulgación de su PHI en las circunstancias que se mencionan arriba, por favor comuníquese con nuestra persona de contacto cuyo nombre se encuentra en la primera página de este aviso.

#### **4. Podríamos usar y divulgar su PHI en algunas circunstancias solo con su autorización.**

En el caso que queramos usar o divulgar su PHI con propósitos de mercadeo o vender cualquier parte de su PHI, solo lo haremos después de obtener su autorización. También pediremos su autorización antes de utilizar o divulgar notas de psicoterapia que haya hecho su proveedor de salud mental durante una sesión de asesoría, excepto cuando las utilizamos o divulgamos para ciertos propósitos limitados de tratamiento, pago y operaciones del negocio de cuidados de la salud; supervisión del gobierno; o para proteger la vida o la salud de cualquier persona. Para cualquier otro uso o divulgación de su PHI de otra manera no descrito en este aviso de prácticas de privacidad, nosotros pediremos su autorización.

Si usted nos autoriza a utilizar o divulgar su PHI, puede revocar esa autorización, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su autorización, no podremos usar o divulgar su PHI con los propósitos incluidos en su autorización escrita. Sin embargo, no podemos cambiar las divulgaciones ya hechas de conformidad con una autorización válida.

#### **5. Puede que usted tenga derechos adicionales bajo otras leyes.**

Algunas leyes de Carolina del Norte le proporcionan más protección para tipos específicos de información que las leyes federales protegiendo la privacidad de su PHI, y donde proceda, nosotros cumpliremos con los requisitos de esas leyes de Carolina del Norte. Algunas de estas leyes se discuten en otras secciones precedentes. Además, las siguientes leyes pueden aplicar al tratamiento que nosotros le damos a usted:

- Si usted tiene una de varias enfermedades contagiosas específicas (por ejemplo, tuberculosis, sífilis o VIH/SIDA), la información sobre su enfermedad se tratará como confidencial, y se divulgará sin su autorización escrita solo en circunstancias limitadas. Podríamos no necesitar obtener su permiso para denunciar información acerca de su enfermedad contagiosa a los oficiales estatales o locales o de otra manera usar o divulgar información con la finalidad de proteger en contra del contagio de la enfermedad.

- Bajo la ley de Carolina del Norte, nuestra farmacia solamente divulgará o suministrará una copia de sus recetas médicas a:
  - ✓ usted, su guardián, o, si usted es un menor de edad, sus padres, guardián o a alguien actuando legalmente en nombre de sus padres; o a usted, si usted es menor de edad y ha accedido al tratamiento de la afección para la cual se emitió la receta;
  - ✓ el proveedor que emitió la receta o que lo está tratando;
  - ✓ un farmacéutico que le proporciona servicios farmacéuticos a usted;
  - ✓ una persona a quien usted o su representante autorizado ha identificado en una autorización escrita y firmada que está autorizado para recibir una copia de las órdenes;
  - ✓ una persona autorizada por citación con apercibimiento, orden de la corte o estatuto;
  - ✓ una compañía que, por ley o por contrato, es responsable de proporcionar o pagar por el cuidado médico para usted;
  - ✓ un miembro o empleado designado del Board of Pharmacy (Consejo de Farmacia);
  - ✓ su ejecutor, administrador o cónyuge, si usted falleció;
  - ✓ Investigadores aprobados por el Board of Pharmacy (Consejo de Farmacia), si hay salvaguardias apropiados para proteger la confidencialidad de la información; o
  - ✓ la persona dueña de la farmacia o su agente autorizado.
  
- También podemos divulgar información acerca de usted si de manera razonable creemos que la divulgación es necesaria para proteger la vida o salud de alguna persona.
  
- La ley de Carolina del Norte dispone en general que obtengamos su consentimiento por escrito antes de divulgar información de la salud acerca de su salud mental, discapacidades del desarrollo o servicios para tratar el abuso de sustancias. Existen excepciones a este requisito. Podemos divulgar esta información de la salud a miembros de nuestro personal, nuestros consejeros profesionales y a agencias o individuos que supervisan nuestras operaciones o que nos ayudan a llevar a cabo nuestras responsabilidades de servicio para usted. También podemos divulgar información a las siguientes personas: (i) un proveedor de cuidados de la salud que le está proporcionando servicios de emergencia y (ii) a otras instalaciones o profesionales en el campo de salud mental, discapacidades del desarrollo y abuso de sustancias, cuando sea necesario para la coordinación de su cuidado o tratamiento. Podemos

también divulgar información sobre su salud mental, discapacidades del desarrollo o servicios para tratar el abuso de sustancias a usted u otros proveedores de cuidados de la salud fuera de UNCHCS para poder coordinar su cuidado y tratamiento o para llevar a cabo evaluaciones de calidad y actividades para mejorar a menos que usted se oponga por escrito. Puede hacer su objeción escrita siguiendo los procedimientos que se describen en la sección C.1. a continuación para solicitar una restricción en cómo usamos su PHI, incluyendo la información sobre salud mental. Si determinamos que existe una inminente amenaza a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad de alguien más, podemos divulgar información acerca de usted para prevenir o minimizar la amenaza. Nosotros también divulgaremos información acerca de usted si la ley así lo dispone, por ejemplo: cuando una corte ordena la divulgación, cuando sospechamos abuso o negligencia de un niño o adulto incapacitado o cuando uno de nuestros médicos considere que uno de sus pacientes tiene una enfermedad contagiosa o está infectado con VIH y no está siguiendo medidas de seguridad. Si consideramos que es lo mejor para usted, podemos divulgar información acerca de usted para un procedimiento de tutela o confinamiento involuntario que lo involucra. Cuando a usted lo admiten, o le dan de alta de una instalación de salud mental, discapacidad del desarrollo o de abuso de sustancias, puede que divulguemos ese hecho a su pariente más cercano si consideramos que la divulgación es lo mejor para usted, pero solamente si usted no se opone. Si usted tiene un pariente más cercano sustancialmente involucrado en su cuidado, una vez que él o ella lo solicite, estamos obligados a proporcionar a este pariente la información que se relaciona con su admisión o el alta de una instalación, incluyendo la identidad de la instalación, cualquier decisión de parte suya de dejar la instalación en contra de la recomendación médica e información sobre remisiones y citas de seguimiento una vez que le dieron de alta, después de que le notifiquemos que han solicitado esta información.

- La ley federal exige que obtengamos su consentimiento escrito antes de que podamos divulgar información que podría identificarlo como un alcohólico o drogadicto o como un paciente que recibe servicios por adicción a las sustancias de cualquiera de los siguientes: un proveedor (aparte de instalaciones de cuidado médico general) que declara proveer y provee diagnóstico de abuso de alcohol o drogas, tratamiento o remisión para tratamiento; una unidad identificada dentro de una instalación de cuidado médico general que declara proveer y provee diagnóstico de abuso de alcohol o drogas, tratamiento o remisión para tratamiento; o personal o empleados dentro de una instalación de cuidado médico general cuya función principal es proporcionar diagnósticos de abuso de alcohol o drogas, tratamiento o remisión para tratamiento y quiénes están identificados como dichos proveedores. Existen excepciones a este requisito. Podemos divulgar esta información dentro de nuestro programa a miembros de nuestro personal conforme se necesite para coordinar su cuidado y a agencias o individuos que nos ayudan a llevar a cabo nuestras responsabilidades al servirle a usted. Podemos divulgar esta información al personal médico en una emergencia médica. Podemos divulgar esta información al personal calificado para investigación, auditoría o programa de evaluación. La ley estatal dispone que denunciemos el abuso o negligencia al Departamento de Servicios Sociales, si sospechamos abuso o negligencia contra un niño, y podemos divulgar información acerca de tratamiento por



abuso de sustancias al hacer la denuncia. Divulgaremos información suya sobre el tratamiento para el abuso de sustancias si nos lo indica una orden de la corte. Si usted comete un crimen, o amenaza con cometer un crimen, en el local donde se lleva a cabo nuestro programa, o en contra del personal de nuestro programa, podemos denunciar la información acerca del crimen o amenaza a funcionarios encargados del cumplimiento de la ley y podemos divulgar información sobre el tratamiento por abuso de sustancias al hacer el informe. Bajo la ley estatal, si usted solicita tratamiento y rehabilitación por drogodependencia de uno de nuestros profesionales médicos, su solicitud se tratará con confidencialidad. No revelaremos su nombre a ningún oficial de la policía u otro oficial del orden público a menos que usted autorice que nosotros lo compartamos. Aun si lo remitimos a otra persona para tratamiento y rehabilitación, continuaremos manteniendo su nombre confidencial.

- Puede que ciertas reglas de la licenciatura y normas éticas de profesionales presten más protección a la información de la salud y, donde aplique, acataremos esas reglas y normas.

#### **6. Disposiciones especiales para menores de edad bajo la ley de Carolina del Norte.**

Bajo la ley de Carolina del Norte, los menores de edad, con o sin el consentimiento de un padre o guardián, tienen el derecho a consentir para recibir servicios para la prevención, diagnóstico y tratamiento de ciertas enfermedades incluyendo: enfermedades venéreas y otras enfermedades que deben ser denunciadas al Estado de Carolina del Norte; embarazo; abuso de sustancias controladas o alcohol; y perturbación emocional. **Si usted es menor de edad y usted consiente recibir alguno de estos servicios, usted tiene toda la autoridad y los derechos incluidos en este aviso relacionados con ese servicio.** Con respecto a servicios de abortos, sin embargo, la ley de Carolina del Norte requiere el consentimiento tanto de la menor de edad como el de uno de los padres que tenga la custodia o con el cual vive la menor, el guardián legal o custodio o abuelo/abuela con quien la menor de edad ha vivido por lo menos seis (6) meses, a menos que la corte haya determinado que la menor de edad por sí sola puede consentir al aborto. Además, la ley permite que ciertos menores de edad sean tratados como adultos para todos los fines. Estos menores tienen todos los derechos y autoridad, para todos los servicios incluidos en este aviso.

#### **7. Puede que nos comuniquemos con usted para proporcionarle recordatorios de citas.**

Puede que usemos o divulguemos PHI para comunicarnos con usted para proporcionarle un recordatorio sobre una cita que tenga para tratamiento o cuidado médico.

#### **8. Podríamos comunicarnos con usted con información sobre tratamientos, servicios, productos o los proveedores de cuidados de la salud.**

Podríamos usar o divulgar la PHI para dirigir o coordinar su cuidado médico. Esto puede incluir decirle a usted acerca de tratamientos, servicios, productos u otros proveedores de cuidados de la salud.

**EJEMPLO:** Si a usted le diagnostican diabetes, puede que le digamos sobre servicios de asesoría nutricional y otros servicios de asesoría que puedan ser de interés para usted.

#### **9. Intercambios de Información de Salud.**

Puede que algunos de nosotros participemos en el North Carolina Health Information Exchange (Intercambio de información de salud de Carolina del Norte) abreviado como «Exchange» Si participamos en el Exchange, compartiremos su PHI con el Exchange y puede que usemos el Exchange para tener acceso a su PHI para ayudarnos a proporcionarle a usted el cuidado de la salud. Si usted no quiere compartir su PHI con el Exchange, usted puede decidir no participar al presentar un formulario directamente al Exchange. Los formularios (y folletos sobre el Exchange) están disponibles en las localidades participantes o comunicándose con UNC Health Care System Privacy Office al (984) 974-1069. Incluso si decide no participar en el Exchange, puede que usemos su PHI disponible del Exchange para proporcionarle cuidado de emergencia a usted o para la salud pública o con propósitos de investigación autorizados por ley y divulgar su PHI al Exchange cuando usted reciba servicios hospitalarios que paga Medicaid.

#### **10. Cualquier otro uso o divulgación de PHI sobre usted requiere su autorización por escrito.**

Bajo cualquier otra circunstancia, aparte de las enumeradas anteriormente, nosotros le pediremos su autorización por escrito antes de utilizar o divulgar PHI sobre usted. Si usted firma una autorización por escrito permitiéndonos divulgar la PHI acerca de usted en una situación específica, usted puede cancelar más adelante su autorización, por escrito, comunicándose con nuestro departamento Medical/Health Information Management. Si usted cancela su autorización por escrito, nosotros no divulgaremos PHI acerca de usted después de que recibamos su cancelación, exceptuando aquellas divulgaciones que se estaban tramitando antes de que recibiéramos su cancelación.

---

### **C. SUS DERECHOS ACERCA DE SU PHI.**

---

#### **1. Usted tiene derecho a solicitar restricciones en el uso y la divulgación de PHI acerca de usted.**

Puede que nos comuniquemos con usted sobre la PHI por teléfono, por escrito a través del correo postal de los Estados Unidos, en forma electrónica por correo electrónico o a través de un portal seguro de internet para el paciente. Usted tiene derecho a solicitar restricciones en el uso y la divulgación de PHI acerca de usted, pero no tenemos la obligación de concordar con su solicitud de restricciones en la mayoría de las circunstancias. Además, aun en el caso de concordar con su solicitud, puede que no se sigan sus limitaciones en ciertas situaciones. Estas situaciones incluyen tratamiento de emergencia, divulgaciones al Secretary of the Department of Health and Human Services, y usos y divulgaciones descritos en el inciso B.2 de la sección previa de este aviso. Sin embargo, nosotros debemos concordar con su solicitud para limitar la divulgación de su PHI ya que la PHI únicamente concierne a un artículo o servicio de cuidados de la salud por el cual usted u otra persona en su nombre pagó en su totalidad por cuenta propia, si esa divulgación es a un plan de salud con el propósito de cumplir

con el pago u operaciones de cuidados de salud. Usted puede solicitar una limitación comunicándose con cualquiera de los siguientes individuos para obtener y llenar un formulario para hacer su solicitud: El Medical Records Custodian o el Privacy Officer de la entidad o clínica donde usted recibe los servicios o el UNCHCS Chief Privacy Officer al (984) 974-1069.

**2. Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted usando diferentes vías.**

Usted tiene el derecho a solicitar cómo y cuándo nos comunicamos con usted sobre la PHI. Por ejemplo, usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted a la dirección o número de teléfono de su trabajo o por correo electrónico. Su solicitud debe constar por escrito. Tenemos que darle cabida a solicitudes razonables, pero cuando sea apropiado, podemos condicionarlo a que usted nos proporcione información de cómo se va a hacer el pago, y la indicación de usted de una dirección alternativa u otro método de comunicación. Usted puede solicitar comunicaciones alternativas comunicándose con cualquiera de los siguientes individuos para obtener y completar su formulario de solicitud: El Medical Records Custodian o el Privacy Officer de la entidad o clínica donde usted recibe los servicios o el UNCHCS Chief Privacy Officer al (984) 974-1069.

**3. Usted tiene el derecho a ver y copiar la PHI acerca de usted.**

Usted tiene el derecho a ver y a recibir una copia de su PHI contenida en expedientes clínicos, de facturación y otros expedientes usados para tomar decisiones acerca de usted. Usted tiene el derecho a recibir una copia de su PHI en su versión electrónica original si es posible, o si no, en otro formato electrónico en el que estemos de acuerdo usted y nosotros. Su solicitud debe constar por escrito. Podemos cobrarle una cantidad de dinero por este servicio. En vez de suministrarle una copia completa de la PHI, podemos proporcionarle un resumen o explicación de la PHI, si usted de antemano acepta el formato y el costo del resumen o explicación. Hay ciertas situaciones en las cuales no estamos obligados a cumplir con su solicitud. Bajo estas circunstancias, le responderemos por escrito, declarando el motivo de nuestra negativa y describiendo los derechos que pueda tener para solicitar una revisión de nuestra negativa. Usted puede solicitar ver y recibir una copia de su PHI contactando cualquiera de las siguientes personas para obtener y completar un formulario para hacer su solicitud: El Medical Records Custodian o el Privacy Officer de la entidad o clínica donde usted recibe los servicios o el UNCHCS Chief Privacy Officer al (984) 974-1069.

**4. Usted tiene el derecho a pedir una enmienda de algunas partes de su PHI.**

Usted tiene el derecho a solicitar una enmienda a los expedientes clínicos, de facturación y otros expedientes usados para tomar decisiones acerca de usted. Su solicitud debe constar por escrito y debe explicar los motivos para la enmienda. Podemos denegar su solicitud si: 1) la información no fue originada por nosotros (a menos que usted pruebe que quien originó la información ya no está disponible para corregir el expediente); 2) la información no forma parte del expediente usado para tomar decisiones sobre usted; 3) creemos que la información está correcta y completa; o 4) usted no tuviera el derecho a ver y copiar el expediente como se describe en el inciso 3 anterior. Nosotros le avisaremos por escrito los motivos de nuestra negativa y describiremos sus derechos a entregarnos una declaración por escrito si no está de

acuerdo con la negativa. Si aceptamos su solicitud de enmendar la información, nos esforzaremos de manera razonable para hacer saber a otros de la enmienda, incluyendo personas que usted señale que hayan recibido la PHI y que necesitan la enmienda. Usted puede solicitar una enmienda comunicándose con cualquiera de las siguientes personas para obtener y completar un formulario para hacer su solicitud: El Medical Records Custodian o el Privacy Officer de la entidad o clínica donde usted recibe los servicios o el UNCHCS Chief Privacy Officer al (984) 974-1069.

#### **5. Usted tiene derecho a la lista de las divulgaciones que hemos hecho.**

Usted tiene el derecho de recibir una lista escrita de algunas divulgaciones que hicimos de su PHI. Usted puede solicitar las divulgaciones hechas por hasta seis (6) años antes de la fecha de la solicitud. Estamos obligados a proporcionar una lista de todas las divulgaciones, exceptuando las siguientes:

- Para su tratamiento;
- Para facturación y cobro del pago por su tratamiento;
- Para operaciones del negocio de cuidados de la salud;
- Que se le hizo a usted o que usted solicitó, o autorizó;
- Incidental a usos y divulgaciones permitidos;
- Que se les hizo a personas involucradas en su cuidado, para los propósitos de dirección o de notificación o para otros propósitos descritos en el inciso B.3 anterior;
- Que la ley permite cuando el uso o divulgación concierne a ciertas funciones gubernamentales especializadas o concierne a instituciones correccionales y en otras situaciones de estar bajo la custodia de fuerzas del orden público (véase el inciso B.2 anterior); y
- Como parte de un set de información limitada que no contiene cierta información que lo identificaría a usted.

La lista incluirá la fecha de la divulgación, el nombre (y dirección si está disponible) de la persona u organización que recibe la información, una breve descripción de la información divulgada y el propósito de la divulgación. Si, bajo circunstancias que lo permiten, la PHI acerca de usted se ha divulgado para ciertos tipos de proyectos de investigación, la lista puede incluir diferentes tipos de información.

Si usted solicita una lista de divulgaciones más de una vez en un período de 12 meses, le podemos cobrar una cantidad razonable de dinero. Usted puede solicitar una lista de las divulgaciones comunicándose con cualquiera de los siguientes individuos para obtener y llenar un formulario para hacer su solicitud: El Medical Records Custodian o el Privacy Officer de la entidad o clínica donde usted recibe los servicios o el UNCHCS Chief Privacy Officer al (984) 974-1069.

**6. Usted tiene derecho a la notificación de una violación.**

Usted tiene el derecho a recibir una notificación en el caso de una violación a su PHI no asegurada.

**7. Usted tiene el derecho a una copia de este aviso.**

Usted tiene derecho a solicitar una copia impresa de este aviso, en cualquier momento, comunicándose con el Privacy Officer de la instalación o clínica donde usted recibe sus servicios o con el UNCHCS Chief Privacy Officer al (984) 974-1069. Le proporcionaremos una copia de este aviso no más tarde de la fecha en que reciba nuestros servicios por primera vez (exceptuando servicios de emergencia, en cuyo caso, la suministraremos lo antes posible).

---

**D. CONTACTOS PARA PREGUNTAS Y QUEJAS**

---

Si usted necesita más información sobre las prácticas de privacidad o si tiene preguntas sobre este aviso, si usted considera que hemos violado sus derechos de privacidad, o si quiere quejarse sobre nuestras prácticas de privacidad, se puede comunicar con las personas que se indican a continuación:

**Para UNCHCS entidad afiliada cubierta y de acuerdo para el cuidado organizado de la salud**

(UNC Hospitals; The University of North Carolina at Chapel Hill, School of Medicine; UNC Physicians Network, LLC; UNC Physicians Network Group Practices, LLC; Rex Hospital, Inc.; Chatham Hospital, Incorporated; Caldwell Memorial Hospital, Incorporated; High Point Regional Health; Regional Physicians, LLC; and Premier Surgery Center, LLC; and UNC Rockingham Health Care, Incorporated):

**Chief Privacy Officer  
UNC Health Care System  
101 Manning Drive  
Chapel Hill, North Carolina  
27514 Teléfono: (984) 974-1069**

**Para Henderson County Hospital Corporation d/b/a Margaret R. Pardee Memorial Hospital:**

**Privacy Officer  
800 N. Justice Street  
Hendersonville, NC 28791  
Teléfono: (828) 696-4251**

**Para Johnston Health Services Corporation d/b/a Johnston Health:**

**Privacy Officer  
509 N. Bright Leaf Boulevard  
Smithfield, NC 27577  
Teléfono: (919) 938-7121**

**Para Nash Hospitals, Inc., Nash MSO, Inc., y NHCS Physicians, Inc.:**

**Quality Support Service Representative  
2460 Curtis Ellis Drive  
Rocky Mount, NC 27804 Teléfono: (252)  
962-8082**

Usted puede también enviar una reclamación por escrito al United States Secretary of the Department of Health and Human Services. Se puede encontrar la información de contacto en la página web del Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) en [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr).

Si usted presenta una queja, no tomaremos ninguna acción en contra suya ni en forma alguna cambiaremos nuestro tratamiento hacia usted.