



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

ABOUT THIS NOTICE:

Texas Tech University Health Sciences Center (TTUHSC) is dedicated to maintaining the privacy of your Protected Health Information (PHI). TTUHSC provides health care services and items through its Schools of Medicine, Nursing, Pharmacy and Allied Health Sciences. TTUHSC provides services at its main community hospitals, ambulatory care clinics, ambulatory surgical centers, pharmacies, research units and several community service outreach centers throughout West Texas. TTUHSC is required by law to maintain the privacy of your PHI and provide you with notice of its legal duties and privacy practices. This notice of privacy practices describes how TTUHSC may use or disclose your PHI. PHI includes any information that relates to (1) your past, present, or future physical or mental health or condition; (2) providing health care to you; and (3) the past, present, or future payment for your health care. For TTUHSC at Lubbock, University Medical Center (UMC), and UMC Physicians Network Services (PNS) participate in a clinically integrated health care setting which is considered an organized health care arrangement under HIPAA. This arrangement involves participation of three legally separate entities in the delivery of health care services in which no entity will be responsible for the medical judgment or patient care provided by the other entities in the arrangement. Each entity within this arrangement (TTUHSC, UMC, and PNS) will be able to access and use your PHI to carry out treatment, payment, or health care operations. The terms of this notice shall apply to TTUHSC's privacy practices until it is changed by TTUHSC.

YOUR PRIVACY 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, within 14 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 communication.** You can ask us to contact you in a specific way (for example, home or office phone) or to send mail to a different address. We will say "yes" to all reasonable requests.
- **Ask us to limit what we use and share.** You can ask us **not** to use or share certain health information for treatment, payment, or our operations. We are not required to agree to your request, and we may say "no" if it would affect your care. If you pay for a service or health care item out-of-pocket in full, you can ask us not to share that information for the purpose of payment or our operations with your health insurer. We will say "yes" unless a law requires us to share that information.
- **Get a list of those with whom we've shared 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 (such as any you asked us to make). We will provide accounting once 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 this 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 may file a complaint in one of the following ways:
 - Contact the TTUHSC privacy official at the address indicated below
 - Use our confidential website at www.Ethicspoint.com
 - Contact The Office for Civil Rights:

United States Department of Health and Human Services
1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, Texas 75202
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/

We will not retaliate or take action 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, and we will follow your instructions.

- **In these cases, you have both the right and choice to tell us to:**
 - Share information with your family, close friends, or others involved in your care.
 - Share information in a disaster relief situation.
 - Include your information in a hospital directory
 - If you are not able to tell us your preference, for example if you are unconscious, we may 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



ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.
POR FAVOR, LÉALO CON ATENCIÓN.

ACERCA DE ESTE AVISO:

Texas Tech University Health Sciences Center (TTUHSC) se esfuerza para mantener la privacidad de su información de salud protegida (PHI). El centro TTUHSC proporciona artículos y servicios de atención médica a través de sus Facultades de Medicina, Enfermería, Farmacia y Ciencias Afines de la Salud. El centro TTUHSC presta servicios en sus principales hospitales de la comunidad, en clínicas de atención ambulatoria, centros de cirugía ambulatoria, farmacias, unidades de investigación y varios centros de servicios comunitarios en toda la zona del oeste de Texas. Conforme a las disposiciones establecidas por la ley, el centro TTUHSC debe mantener la privacidad de la información de salud protegida (PHI) de los pacientes y proporcionarles un aviso con la descripción de las obligaciones legales y las prácticas de privacidad que debe cumplir. Este aviso de prácticas de privacidad describe cómo el centro TTUHSC puede usar o divulgar su información de salud protegida (PHI). La información de salud protegida (PHI) incluye cualquier dato que se relacione con (1) su condición o salud mental o física pasada, presente o futura, (2) con la prestación de servicios de atención médica que usted reciba y (3) con los pagos pasados, presentes o futuros de su atención médica. El centro TTUHSC en Lubbock, el University Medical Center (UMC, Centro Médico Universitario) y los Physicians Network Services (PNS, servicios de la red de médicos) del UCM participan en un ámbito de atención médica clínicamente integrado que es considerado un acuerdo de atención médica organizado de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA). Este acuerdo incluye la participación de tres entidades legalmente separadas en la prestación de servicios de atención médica, en la cual ninguna de las entidades será responsable de la opinión médica o de la atención del paciente que proporcionen las otras entidades que integran el acuerdo. Cada una de las entidades que forman parte de este acuerdo (TTUHSC, UMC y PNS) tendrán acceso a su información de salud protegida (PHI) y podrán utilizarla para llevar a cabo operaciones de atención médica, tratamientos o pagos. Los términos de este aviso se aplicarán a las prácticas de privacidad del centro TTUHSC hasta que dicho centro lo modifique.

SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD:

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene determinados derechos. Para brindarle ayuda, en esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades.

- **Obtención de una copia física o electrónica de su historia clínica.** Puede solicitar ver u obtener una copia física o electrónica de su historia clínica, y de otra información de salud que tenemos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo. Le proporcionaremos un resumen o una copia de su información de salud dentro de un plazo de 14 días de su solicitud. Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo.
- **Solicitud de corrección de su historia clínica.** Puede pedirnos que corrijamos información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo. Podemos negarnos a hacer la corrección, pero le explicaremos el motivo por escrito dentro de un plazo de 60 días.
- **Solicitud de comunicación confidencial.** Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una forma específica (por ejemplo: al teléfono de la oficina o de su casa) o que le enviemos la correspondencia a una dirección diferente. Aceptaremos todas las solicitudes razonables.
- **Solicitud de restringir la información que usamos y compartimos.** Puede pedirnos que **no** usemos o compartamos determinada información de salud para la realización de tratamientos, pagos o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos rechazarla si consideramos que afectaría su atención. Si paga la totalidad de un servicio o un artículo de atención médica de su bolsillo, puede pedirnos que no compartamos esa información para la gestión del pago o de nuestras operaciones con su empresa aseguradora de salud. Aceptaremos su pedido a menos que estemos obligados por ley a compartir dicha información.
- **Obtención de una lista de todos los actores con los que compartimos su información.** Puede pedirnos una lista que justifique y detalle las veces que compartimos su información de salud correspondiente a los seis años anteriores a la fecha de su solicitud; además, la lista debe indicar con quién compartimos su información de salud y por qué. Incluiremos todas las veces en que divulgamos su información, excepto cuando la divulgación esté relacionada con operaciones de atención médica, tratamientos y pagos, y otros casos de divulgación específicos (por ejemplo: cuando usted nos haya pedido divulgar la información). Proporcionaremos la justificación una vez al año sin costo, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si pide otra justificación dentro de un plazo de 12 meses.
- **Obtención de una copia de este aviso de privacidad.** Puede solicitar una copia física de este aviso en cualquier momento, incluso si ha acordado recibirlo por un medio electrónico. Le proporcionaremos una copia física de inmediato.
- **Elección de una persona para que actúe en su nombre.** Si le ha otorgado un poder notarial médico a una persona o tiene un representante legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Antes de realizar cualquier acción, nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y de que pueda actuar en su nombre.
- **Presentación de una denuncia en caso de sentir que se violan sus derechos.** Usted puede presentar una queja utilizando cualquiera de las siguientes formas:
 - Comuníquese con el responsable de privacidad del centro TTUHSC a la dirección que se indica debajo.
 - Use nuestro sitio web confidencial: www.Ethicspoint.com.
 - Comuníquese con la Oficina de Derechos Civiles:
Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, Texas 75202
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/

No tomaremos represalias ni realizaremos ninguna acción en su contra por presentar una denuncia.

SUS OPCIONES:

Para determinada información de salud, puede indicarnos qué elige compartir. Si tiene una preferencia clara para la forma en que debemos compartir su información en las situaciones descritas debajo, le rogamos nos informe al respecto. Indíquenos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

- **En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de indicarnos que:**
 - Compartamos la información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
 - Compartamos la información en una situación de ayuda en casos de catástrofes.
 - Incluyamos su información en un directorio del hospital.
 - Si no puede indicarnos cuál es su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información si consideramos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario a fin de reducir una amenaza inminente y grave para su salud o su seguridad.
- **En estos casos, nunca compartimos su información salvo que nos dé su permiso por escrito:**
 - Campañas de marketing
 - Venta de su información
 - La mayoría del intercambio de notas de psicoterapia

TTUHSC USES AND DISCLOSURES:

How do we typically use or share your health information? The following uses do **NOT** require your authorization, except where required by Texas Law.

- **Treat you.** We can use your health information and share it with other professionals who are treating you. For example: a doctor treating you for an injury asks another doctor about your overall health condition.
- **Run our organization.** We can use and share your health information to run our practice, improve your care, and contact you when necessary. For example, we use health information about you to manage your treatment and services.
- **Bill for your services.** We can use and share your health information to bill and get payment from health plans or other entities. For example, we give information about you to your health insurance plan so it will pay for your services.
- **In the case of fundraising.** We may use your PHI to contact you for fundraising efforts. We must include in any fundraising material you receive a description of how you may opt out of receiving future fundraising communications.
- **How else can we use or share your health information?** We are allowed or required to share your information in other ways-usually in ways that contribute to the public good, such as public health and research. We have to meet many conditions in the law before we can share your information for these purposes. For more information see:
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html
 - **Help with public health and safety issues.**
 - We can share health information about you for certain situations such as:
 - Preventing disease
 - Helping with product recalls
 - Reporting adverse reactions to medications
 - Reporting suspected abuse, neglect, or domestic violence
 - Preventing or reducing a serious threat to anyone's health or safety
 - **Conducting Research.** We can use or share your information for health research.
 - **Comply with the law.** We will share information about you if state or federal laws require it, including with the Department of Health and Human Services if it wants to see that we're complying with federal privacy law.
 - **Respond to organ and tissue donation requests.** We can share health information about you with organ procurement organizations.
 - **Work with a medical examiner or funeral director.** We can share health information with a coroner, medical examiner, or funeral director when an individual dies.
 - **Address workers' compensation, law enforcement, and other government request.**
 - We can use or share health information about you:
 - For workers' compensation claims
 - For law enforcement purposes or with a law enforcement official
 - With health oversight agencies for activities authorized by law
 - For special government functions such as military, national security, and presidential protective services
 - **Respond to lawsuits and legal actions.** We can use or share health information about you in response to a court or administrative order, or in response to a subpoena.

TTUHSC RESPONSIBILITIES:

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

For more information see: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

CHANGE IN NOTICE OF PRIVACY PRACTICES:

TTUHSC reserves the right to change the terms of this notice, and the changes will apply to all information we have about you. The new notice will be available upon request, in our office, and on our website.

QUESTIONS:

If you have any questions about this notice or would like additional information, please contact the privacy official at the address and telephone number listed below or you may visit our web site at www.ttuhsu.edu/hipaa

PRIVACY OFFICIAL CONTACT INFORMATION

REGIONAL PRIVACY OFFICER AT AMARILLO 1400 COULTER ROAD AMARILLO, TX 79106 (806) 414-9607	REGIONAL PRIVACY OFFICER AT LUBBOCK 3601 4TH STREET, STOP 8165 LUBBOCK, TX 79430 (806) 743-9541	REGIONAL PRIVACY OFFICER AT THE PERMIAN BASIN 800 WEST 4TH STREET ODESSA, TX 79763 (806) 743-9539
--	---	---

www.Ethicspoint.com

TTUHSC Provides For Program Accessibility To Members Of The Public. Those Who Need Materials In Braille, Large Print, Tape Format, Or Who Need An Interpreter Or Telecommunications Device For The Deaf Are Asked To Contact The Clinic Manager.

USOS Y DIVULGACIÓN DEL CENTRO TTUHSC:

¿Cómo usamos o compartimos generalmente su información de salud? Los siguientes usos **NO** requieren su autorización, excepto donde la ley de Texas lo exija.

- **Tratamiento.** Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que se ocupan de su tratamiento. Por ejemplo: un médico que lo atiende por una lesión le consulta a otro médico sobre su estado de salud general.
- **Administración de nuestra organización.** Podemos usar y compartir su información de salud para administrar las operaciones de nuestra práctica profesional, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Por ejemplo: usamos información de salud sobre usted para administrar su tratamiento y los servicios que obtiene.
- **Facturación de sus servicios.** Podemos usar y compartir su información de salud para realizar la facturación y obtener los pagos provenientes de los planes de salud o de otras entidades. Por ejemplo: le proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro de salud para que pague los servicios que usted obtiene.
- **Recaudación de fondos.** Podemos usar su información de salud protegida (PHI) para comunicarnos con usted durante actividades de recaudación de fondos. En todo el material de recaudación de fondos que reciba, debemos incluir una descripción que indique cómo puede optar por no participar en las futuras comunicaciones de recaudación de fondos.
- **¿De qué otra forma podemos usar o compartir su información de salud?** Nos permiten o exigen compartir su información de otras formas; usualmente éstas contribuyen al bien común, como, por ejemplo, la salud pública o la investigación. Antes de que podamos compartir su información para estos fines, debemos cumplir con numerosas condiciones que establece la ley. Para obtener más información, consulte:
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

- **Ayuda con cuestiones de seguridad y salud pública.**

- Podemos compartir información de salud sobre usted en determinadas situaciones, como las siguientes:

- ☐ Prevención de enfermedades
- ☐ Ayuda con la retirada de productos
- ☐ Notificaciones de reacciones adversas a los medicamentos
- ☐ Denuncias de sospecha de violencia doméstica, abuso o abandono
- ☐ Prevención o reducción de una amenaza grave contra la salud o la seguridad de una persona

- **Realización de investigaciones.** Podemos usar o compartir su información para investigaciones relacionadas a la salud.

- **Cumplimiento de la ley.** Compartiremos información sobre usted si las leyes federales o estatales lo exigen, esto incluye compartirla con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea constatar que cumplimos con la ley de privacidad federal.

- **Respuesta a solicitudes de donación de tejidos y órganos.** Podemos compartir información de salud sobre usted con las organizaciones de obtención de órganos.

- **Trabajo con un director de funerales o un médico forense.** Podemos compartir información con un perito forense (coroner), un médico forense o un director de funerales cuando una persona muere.

- **Gestión de indemnizaciones laborales, cumplimiento de las leyes y otras solicitudes gubernamentales.**

- Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:

- ☐ Para los reclamos de indemnizaciones laborales
- ☐ Para fines relacionados con el cumplimiento de las leyes o con un funcionario responsable del cumplimiento de las leyes
- ☐ Con agencias de supervisión de salud para las actividades autorizadas por la ley
- ☐ Para funciones gubernamentales especiales, como servicios de protección presidencial, seguridad nacional y militares

- **Respuesta a acciones legales y juicios.** Podemos usar o compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden administrativa o judicial, o en respuesta a una citación.

RESPONSABILIDADES DEL CENTRO TTUHSC:

- La ley nos exige mantener la privacidad y la seguridad de su información protegida de salud.
- Le informaremos de inmediato si se produjese un incumplimiento que pudiera comprometer la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia a usted.
- No usaremos ni compartiremos su información de ninguna otra forma diferente a lo descrito en el presente a menos que usted nos lo indique por escrito. Si usted nos indica que podemos hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Le rogamos que nos informe por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

CAMBIO EN EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

El centro TTUHSC se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido en nuestra oficina o nuestro sitio web.

PREGUNTAS:

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o si quiere obtener información adicional, comuníquese con el responsable de privacidad en la dirección y el número de teléfono detallados debajo, o visite nuestro sitio web: www.ttuhsu.edu/hipaa.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL RESPONSABLE DE PRIVACIDAD

RESPONSABLE REGIONAL DE PRIVACIDAD EN AMARILLO 1400 COULTER ROAD AMARILLO, TX 79106 (806) 414-9607	RESPONSABLE REGIONAL DE PRIVACIDAD EN LUBBOCK 3601 4TH STREET, STOP 8165 LUBBOCK, TX 79430 (806) 743-9541	RESPONSABLE REGIONAL DE PRIVACIDAD EN PERMIAN BASIN 800 WEST 4TH STREET ODESSA, TX 79763 (806) 743-9539
---	---	--

www.Ethicspoint.com

El centro TTUHSC ofrece al público accesibilidad a los programas. Las personas que necesiten materiales en Braille, letras grandes o formato de cinta de audio, o que necesiten un intérprete o un dispositivo de telecomunicaciones para sordos deben comunicarse con el gerente de la clínica.