

## Notice of Privacy Practices

### *Your Information. Your Rights. Our Responsibilities.*

---

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.**

### Your Rights.

You have the right to:

- Get a copy of your health and claims records
- Correct your health and claims records
- Request confidential communication
- Ask us to limit the information we share
- Get a list of those with whom we've shared your information
- Get a copy of this privacy notice
- Choose someone to act for you
- File a complaint if you believe your privacy rights have been violated
- Opt-out or decline to participate in having your health information shared with Health Information Exchanges (HIE)

### Your Choices.

You have some choices in the way that we use and share information as we:

- Tell family and friends about your condition
- Provide disaster relief
- Provide mental health care
- Market our services and sell your information
- Raise funds

### Our Uses and Disclosures.

We may use and share your information as we:

- Treat you
- Run our organization
- Bill for your services
- Health Information Exchange
- Central Registries and Prescription Drug Monitoring Programs (PDMPs)
- Help with public health and safety issues
- Do research
- Comply with the law
- Work with a medical examiner
- Address workers' compensation, law enforcement, and other government requests
- Respond to lawsuits and legal actions

## Your Rights.

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

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

- You can ask to see or get an electronic or paper copy of your medical record and other health information we have about you. Ask us how to do this.
- We will provide a copy or a summary of your health information, usually within 30 days of your request. We may charge a reasonable, cost-based fee.
- To request a copy of your medical records, please contact our Records Department by phone at 844-422-3632 ext. 9524, by email at [records@acendahealth.org](mailto:records@acendahealth.org), or by fax at 609-778-6244.

### **Ask us to correct your medical record.**

- You can ask us to correct health information about you that you think is incorrect or incomplete. Ask us how to do this.
- We may say “no” to your request, but we’ll tell you why in writing within 60 days.

### **Request confidential communications.**

- You can ask us to contact you in a specific way (for example, home or office phone) or to send mail to a different address.
- We may say “no” to your request, but we’ll tell you why in writing within 60 days.

### **Request confidential communications**

- You can ask us to contact you in a specific way (for example, home or office phone) or to send mail to a different address.
- We will consider all reasonable requests, and must say “yes” if you tell us you would be in danger if we do not.

### **Ask us to limit what we use or share.**

- You can ask us not to use or share certain health information for treatment, payment, or our operations. We are not required to agree to your request, and we may say “no” if it would affect your care.
- If you pay for a service or health care item out-of-pocket in full, 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’ll provide one accounting a year for free but will charge a reasonable, cost-based fee if you ask for another one within 12 months.

### **Get a copy of this privacy notice.**

- You can ask for a paper copy of this notice at any time, even if you have agreed to receive the notice electronically. We will provide you with a paper copy promptly.

**Choose someone to act for you.**

- If you have given someone medical power of attorney or if someone is your legal guardian, that person can exercise your rights and make choices about your health information.
- We will make sure the person has this authority and can act for you before we take any action.

**File a complaint if you feel your rights are violated.**

- You can complain if you feel we have violated your rights by contacting us using the information on page 5.
- You can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, calling 1-877-696-6775, or visiting [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- We will not retaliate against you for filing a complaint.

**Your Choices.**

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

In these cases, you have both the right and choice to tell us to:

- Share information with your family, close friends, or others involved in your care
- Share information in a disaster relief situation

*If you are not able to tell us your preference, for example if you are unconscious, we may go ahead and share your information if we believe it is in your best interest. We may also share your information when needed to lessen a serious and imminent threat to health or safety.*

In these cases we *never* share your information unless you give us written permission:

- Marketing purposes
- Sale of your information
- Most sharing of psychotherapy notes.

In the case of fundraising:

- We may contact you for fundraising efforts, but you can tell us not to contact you again.

**Our Uses and Disclosures.**

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

**Treat you.**

- We can use your health information and share it with other professionals who are treating you. *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, conduct health care operations, and contact you when necessary. *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. *Example: We give information about you to your health insurance plan so it will pay for your services.*

**Health Information Exchange.**

We may share information that we obtain or create about you with other health care providers or other health care entities, such as your health plan or health insurer, as permitted by law, through Health Information Exchanges (HIEs) or the State Prescription Drug Monitoring Program (PDMP) in which we participate. Example: Information about your past health care and current health conditions and medications can be available to us or to your non-Acenda providers, physician or hospital, if they participate in the HIE as well. HIEs can provide faster access, better coordination of care and assist providers and public health officials in making more informed decisions.

The New Jersey Health Information Network (NJHIN), is a regional internet-based HIE in which we participate. We may share information about you through NJHIN for treatment, payment, health care operations, or research purposes. Your provider may also participate in other HIEs, including HIEs that allow your provider to share your information directly through our electronic health record system. You may opt out of the HIE and disable access to your health information made available through the HIE. Even if you opt-out of the HIE, public health reporting and Controlled Dangerous Substances information, as part of the State Prescription Drug Monitoring Program (PDMP), will still be available to providers through the HIE as permitted by law. You may choose to opt-out of the HIE(s) by contacting us by email at [EHRsupport@acendahealth.org](mailto:EHRsupport@acendahealth.org), or call us at 844-422-3632 and ask to speak with EHR Support Representative.

I hereby give consent to Acenda for my health information to be viewed, accessed, used, and disclosed in New Jersey Health Information Network (NJHIN). Acenda and the other participating health care providers are referred to as "Participants". The purpose of this information exchange is for the sharing of my health information on a minimum necessary basis between relevant Participants belonging to NJIN who are involved with my treatment. Some of the information involved may include but not be limited to the following components: demographic information, diagnosis, current medications and allergies, living situation and social supports, emergency contact information, insurance information, mental health history, and substance use history.

I understand that my information is private and confidential and is protected by state and federal law. These laws relate to my health information generally, as well as mental and behavioral health information and alcohol and drug abuse treatment information. These laws are commonly referred to as HIPAA and 42 CFR Part 2. I understand that I am not required to sign this consent for health information exchange in NJIN and Acenda may not condition treatment on my signing of this. I understand that the information used or disclosed pursuant to this section may be subject to re-disclosure by the relevant Participants of NJIN, in that case, will no longer be protected by HIPAA or other applicable laws. I understand that I can opt out of the health information exchange and any time by contacting us by email at [EHRsupport@acendahealth.org](mailto:EHRsupport@acendahealth.org), or call us at 844-422-3632 and ask to speak with EHR Support Representative.

## 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](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html)

### **Help with public health and safety issues.**

- We can share health information about you for certain situations such as:
  - Preventing disease
  - Helping with product recalls
  - Reporting adverse reactions to medications
  - Reporting suspected abuse, neglect, or domestic violence
  - Preventing or reducing a serious threat to anyone’s health or safety

### **Do research.**

- We can use or share your information for health research.

### **Comply with the law.**

- We will share information about you if state or federal laws require it, including with the Department of Health and Human Services if it wants to see that we’re complying with federal privacy law. **Required by Law:** *We are required by law to report suspected abuse or neglect, domestic violence, or similar injuries and events.*

### **Work with a medical examiner.**

- We can share health information with a coroner, medical examiner, when an individual die.

### **Address workers’ compensation, law enforcement, and other government requests.**

- 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 share health information about you in response to a court or administrative order, or in response to a subpoena.

## **Our Responsibilities.**

- We are required by law to maintain the privacy and security of your protected health information.
- We will let you know promptly if a breach occurs that may have compromised the privacy or security of your information.
- We must follow the duties and privacy practices described in this notice and give you a copy of it.

- We will not use or share your information other than as described here unless you tell us we can in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind.

For more information see: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)

## Changes to the Terms of this Notice.

We can change the terms of this notice, and the changes will apply to all information we have about you. The new notice will be available upon request, in our office, and on our web site.

### **Contact Person.**

If you have questions, requests or complaints, please contact:

Compliance Officer  
Phone: 844-422-3632 ext. 9540, OR  
Email: [complianceofficer@acendahealth.org](mailto:complianceofficer@acendahealth.org)

**Effective Date:** January 6, 2022

## Aviso de Prácticas de Privacidad

### *Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.*

---

Esta notificación describe la forma en que se podrá utilizar y divulgar su información médica y cómo puede acceder usted a esta información. **Por favor, léala detenidamente.**

#### Sus derechos.

Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico y de reclamos.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico
- Solicitar que las comunicaciones sean confidenciales
- Solicitarnos que limitemos la información que divulgamos
- Obtener un listado de aquellos con quien compartimos su información
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad
- Elegir a alguien que actúe por usted
- Presentar una queja si cree que se ha violado su derecho de privacidad
- Optar por no participar o negarse a compartir su información de salud con Intercambios de información de salud (HIE)

#### Sus opciones.

Usted tiene varias opciones con respecto a la forma en que usamos y divulgamos su información cuando:

- Comuniquemos su estado de salud a sus familiares y amigos
- Brindemos ayuda en casos de desastres
- Ofrezcamos asistencia de salud mental
- Comercialicemos nuestros servicios y vendamos su información
- Recolectemos fondos

#### Cómo usamos y divulgamos su información.

Podremos usar y divulgar su información para:

- Brindarle asistencia médica
- Manejar nuestra empresa
- Facturar los servicios prestados
- Intercambio de información de salud
- Colaborar con cuestiones de salud y seguridad pública
- Realizar investigaciones
- Cumplir con la ley
- Colaborar con los médicos legistas y forenses
- Responder a solicitudes relacionadas con indemnizaciones por accidente de trabajo, cuestiones policiales y demás solicitudes gubernamentales
- Responder a juicios y acciones legales

## Sus derechos.

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunos de nuestros deberes para ayudarlo.

### **Obtener una copia de sus registros médicos tanto en formato impreso como electrónico.**

- Usted puede pedir ver o quedarse con una copia de sus registros médicos y de cualquier otra información médica suya que tengamos tanto en formato impreso como electrónico. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de los 30 días de su solicitud. Podremos cobrarle un cargo razonable de acuerdo al costo.
- Para solicitar una copia de sus registros médicos, comuníquese con nuestro Departamento de registros por teléfono al 844-422-3632 ext. 9524, por correo electrónico a [records@acendahealth.org](mailto:records@acendahealth.org), o por fax al 609-778-6244.

### **Solicitar la corrección de sus registros médicos.**

- Puede solicitarnos que corriamos la información médica que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos negarnos a su solicitud, pero le comunicaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.

### **Solicitar que las comunicaciones sean confidenciales.**

- Puede solicitarnos que nos contactemos con usted en alguna forma específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o de la oficina) o que le enviemos la correspondencia a otra dirección.
- Aceptaremos todas las solicitudes razonables.

### **Solicitarnos que limitemos la información que divulgamos.**

- Puede solicitarnos que no utilicemos o divulguemos cierta información médica para fines de tratamiento, pagos u operaciones. No tenemos la obligación de acceder a su pedido y podemos negarnos si se viera afectada su atención médica.
- Si usted paga un servicio o ítem médico completamente de su bolsillo, puede pedirnos que no divulguemos dicha información a los efectos de los pagos o trámites con su seguro médico. Lo aceptaremos a menos que la ley nos exija divulgar dicha información.

### **Obtener un listado de aquellos con quien compartimos su información.**

- Puede solicitar un listado (recuento) de las veces que hemos divulgado su información médica en los últimos seis años, a quién la hemos divulgado y por qué.
- Incluiremos toda la información divulgada, con excepción de la información sobre tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, y algunos otros datos (como los que nos solicite que hagamos). Le daremos un recuento por año gratis, pero le cobraremos un cargo razonable, de acuerdo al costo, si solicita otro dentro de los 12 meses.

### **Obtener una copia de esta notificación de privacidad.**

- Puede solicitar una copia impresa de esta notificación en cualquier momento, aun cuando haya aceptado recibir la notificación electrónicamente. Se la enviaremos a la brevedad.



### **Elegir a alguien que actúe por usted.**

- Si le ha dado a alguien un poder para cuestiones médicas o si tiene a alguien designado como su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Verificaremos que dicha persona esté debidamente autorizada y pueda actuar en su nombre antes de realizar cualquier acción.

### **Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos.**

- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos contactándose con nosotros mediante la información suministrada en la página 5.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-6966775, o ingresando a la página web [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias en su contra por haber presentado una queja.

## **Sus opciones.**

Para cierta información médica, puede indicarnos sus preferencias sobre lo que divulguemos. Si tiene una clara preferencia con respecto a la forma en que desea que divulguemos su información en las situaciones indicadas abajo, háganoslo saber. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

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

- Divulguemos su información a sus familiares, amigos cercanos o demás personas involucradas en su atención médica.
- Divulguemos su información en caso de ayuda ante un desastre

*Si no puede indicarnos sus preferencias, por ejemplo, porque está inconsciente, podremos proceder a divulgar su información si creemos que es por su bien. También podremos divulgar su información cuando fuera necesario ante la presencia de una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad.*

En los siguientes casos, no divulgaremos su información a menos que contemos con su autorización por escrito:

- Para fines de comercialización
- Venta de su información
- Divulgación de las anotaciones de psicoterapia

En el caso de recolección de fondos:

- Podremos contactarnos con usted para solicitar colaboraciones, pero puede pedirnos que no volvamos a contactarlo.

## **Cómo usamos y divulgamos su información.**

¿De qué forma solemos usar o divulgar su información médica? Generalmente, usamos o divulgamos su información médica de la siguiente manera:

### **Para brindarle asistencia médica.**

- Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo atiendan. *Ejemplo: Un médico que lo atiende por una lesión le pide a otro médico información sobre su estado de salud general.*

#### **Para manejar nuestra empresa.**

Podemos usar y divulgar su información médica para llevar adelante nuestra práctica, mejorar nuestra atención, realizar funciones de cuidado de salud y contactarlo cuando sea necesario. *Ejemplo: Utilizamos su información médica para administrar los tratamientos y servicios que recibe.*

#### **Para facturar los servicios prestados.**

Podemos usar y divulgar su información médica para facturar los servicios y que los planes de salud u otras entidades nos paguen. *Ejemplo: Damos información suya a su plan del seguro médico para que pague por los servicios que usted ha recibido. otro hecho o lesión similar.*

#### **Intercambio de información médica.**

Podremos compartir la información suya que tengamos o generemos con otros prestadores médicos u otras entidades médicas, como su plan de salud o su aseguradora médica, como lo permita la ley, a través de las organizaciones de Intercambio de Información Médica (HIE) o el Programa de Control de Medicamentos Recetados del Estado (PDMP) en el que participemos. Ejemplo: Podemos obtener información sobre la atención médica que recibió anteriormente o sobre su actual estado de salud y la medicación que toma, y lo mismo ocurre con sus otros prestadores, médicos u hospitales que no pertenezcan a Acenda pero que también participen en la HIE. Las HIE permiten acceder a la información con mayor rapidez, brindan una mejor coordinación de la atención y asisten a los prestadores y funcionarios de la salud pública a tomar decisiones más informadas.

La Red de Información Médica de Nueva Jersey (NJHIN) es una HIE regional en línea en la que participamos. Podremos compartir información suya a través de la NJHIN para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica o investigación. Es posible que su prestador también participe en otras HIE, incluidas las HIE que le permiten compartir su información directamente a través del sistema de registro médico electrónico. Usted puede solicitar ser excluido de la HIE y no permitir el acceso a su información médica a través de la misma. No obstante, aunque sea excluido de la HIE, las denuncias de salud pública y la información de Sustancias Peligrosas Controladas, que forma parte del Programa de Control de Medicamentos Recetados del Estado (PDMP), seguirán estando disponible para los prestadores a través de la HIE, como lo permita la ley. Puede optar por ser excluido de las HIE contactándose con nosotros por correo electrónico a [EHRsupport@acendahealth.org](mailto:EHRsupport@acendahealth.org), o llamándonos al 844-422-3632 y hablando con un Representante de Atención de EHR.

Por el presente, autorizo a Acenda a divulgar mi información en la Red de Información Médica de Nueva Jersey (NJHIN) para que pueda ser visualizada, accedida y utilizada a través de la misma. Acenda y los demás prestadores médicos participantes se denominan "Participantes". El objetivo de este intercambio de información es compartir mi información médica, pero solo en la medida que sea necesario, entre los Participantes relevantes pertenecientes a la NJHIN que estén involucrados en mi tratamiento. Es posible que parte de la información contenida incluya, entre otras cosas, los siguientes elementos: información demográfica, diagnóstico, medicación actual y alergias, situación de vida y ayudas sociales, información de contactos de emergencia, datos del seguro, antecedentes de salud mental y antecedentes de consumo de sustancias.

Entiendo que mi información es privada y confidencial y está protegida por las leyes estatales y federales. Estas leyes se refieren a mi información médica general, así como a la información de mi salud mental y

conductual e información sobre mis tratamientos por abuso de alcohol y drogas. Estas leyes suelen ser la ley HIPAA y 42 CFR Parte 2. Entiendo que no estoy obligado a firmar este consentimiento para el intercambio de información médica en la NJHIN y que Acenda no puede condicionar mi tratamiento a la firma del mismo. Entiendo que los Participantes de la NJHIN podrán volver a divulgar la información utilizada o divulgada de conformidad con esta sección y, en ese caso, mi información dejará de estar protegida por la ley HIPAA y las demás leyes aplicables. Entiendo que puedo optar por ser excluido del intercambio de información médica en cualquier momento contactándome por correo electrónico a [EHRsupport@acendahealth.org](mailto:EHRsupport@acendahealth.org), o llamando al 844-422-3632 y hablando con un Representante de Atención de EHR.

## ¿De qué otra forma podemos usar o divulgar su información médica?

Se nos permite o exige divulgar su información de otras formas –por lo general, para contribuir con el bien público, como la salud pública o las investigaciones médicas. Debemos cumplir con ciertas condiciones legales para poder divulgar su información con estos propósitos. Para más información, visite [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

### **Colaborar con cuestiones de salud y seguridad pública.**

Podemos divulgar su información médica para determinados fines, como:

- Evitar enfermedades
- Colaborar con el retiro de productos del mercado
- Reportar reacciones adversas a los medicamentos
- Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Evitar o reducir una amenaza grave para la salud y seguridad de las personas

### **Realizar investigaciones.**

Podemos usar o divulgar su información para realizar investigaciones médicas.

### **Cumplir con la ley.**

Divulgaremos su información si las leyes estatales o federales así lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desean verificar que estemos cumpliendo con la ley de privacidad federal. ***Obligación legal:*** *La ley nos exige reportar cualquier sospecha de abuso o negligencia, de violencia doméstica o cualquier*

### **Colaborar con un médico legista o forense.**

Podemos divulgar su información médica con un médico legista o forense cuando una persona fallece.

### **Responder a solicitudes relacionadas con indemnizaciones por accidente de trabajo, cuestiones policiales y demás solicitudes gubernamentales.**

Podemos usar o divulgar su información médica:

- En los reclamos de indemnización por accidente de trabajo
- Para fines policiales o con un oficial de la policía.
- Con los organismos de control sanitario para los fines autorizados por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios de protección militar, de seguridad nacional y presidencial

**Responder a juicios y acciones legales.**

Podemos divulgar su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

**Nuestras responsabilidades.**

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica, que está protegida.
- Le avisaremos inmediatamente si ocurre alguna situación que ponga en peligro la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos obedecer las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle a usted una copia.
- No usaremos ni compartiremos su información de ninguna otra manera que las descritas aquí, a menos que usted nos diga, por escrito, que podemos hacerlo. Si usted nos dice que podemos hacerlo, usted podrá cambiar su decisión en cualquier momento. Avísenos por escrito si usted cambia su decisión.

**Para más información, visite:**

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

**Modificación de los términos de esta notificación.**

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. La nueva notificación estará a su disposición en nuestra oficina o en nuestro sitio web.

**Persona de contacto.**

Si tiene alguna pregunta, solicitud o queja, por favor contáctese con

Compliance Officer

Teléfono: 844-422-3632 ext. 9540

O envíe un correo electrónico a: [complianceofficer@acendahealth.org](mailto:complianceofficer@acendahealth.org)

**Fecha de vigencia:** January 6, 2023