

Joint Notice of Privacy Practices

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.

1. **Purpose:** University Medical Center of El Paso (“UMC”) and El Paso Children’s Hospital (“EPCH”) are separately licensed hospitals.
2. UMC members of its workforce including professional staff, employees, students and volunteers follow the privacy practices described in this Notice. UMC maintains your medical information in records that will be kept in a confidential manner, as required by law. Note: The words “You,” “Your” or “Patient” means “the patient or their parent/legal guardian.”
3. EPCH members of its workforce including professional staff, employees, students and volunteers follow the privacy practices described in this Notice. EPCH maintains your medical information in records that will be kept in a confidential manner, as required by law. Note: The words “You,” “Your” or “Patient” means “the patient or their parent/legal guardian.”
4. UMC and EPCH must use and disclose your medical information to the extent necessary to provide you with quality health care. To do this, UMC and EPCH must share your medical information with each other and with other entities as necessary for treatment, payment, and health care operations. Your medical information may be shared in either printed or electronic format, or both.
5. Your information may be shared among health care providers involved in your care for treatment purposes. For example, your physician may share information about your condition with the pharmacist to discuss appropriate medications or with radiologists or other consultants in order to make a diagnosis. UMC and/or EPCH may use your medical information as required by your insurer or HMO to obtain payment for your treatment and hospital stay. UMC and/or EPCH may use and disclose your medical information to improve the quality of care, *e.g.*, for review and training purposes as part of health care operations. You may request to restrict disclosure of your protected health information (“PHI”) to a health plan for payment or health care operations if the PHI pertains to health care items or services which were paid in full out of pocket by the patient or his/her representatives.

6. Your PHI and other medical information may be used, unless you ask for restrictions on a specific use or disclosure, for the following purposes:

- Hospital Directory, which may include your name, general condition, and your location in the Hospital.
- Religious affiliation to a hospital chaplain or member of the clergy.
- Family members or close friends involved in your care or payment for your treatment.
- Disaster relief agency if you are involved in a disaster relief effort.
- Appointment reminders.
- To inform you of treatment alternatives or benefits or services related to your health. (You will have an opportunity to refuse to receive this information.)
- As required by law.
- Public health activities, including disease prevention, injury or disability; reporting births and deaths; reporting child abuse or neglect; reporting reactions to medications or product problems; notification of recalls; infectious disease control; notifying government authorities of suspected abuse, neglect or domestic violence (if you agree or as required by law).
- Health oversight activities, *e.g.*, audits, inspections, investigations, and licensure.
- Lawsuits and disputes. (We will attempt to provide you advance notice of a subpoena before disclosing the information.)
- Law enforcement (*e.g.*, in response to a court order or other legal process; to identify or locate an individual being sought by authorities; about the victim of a crime under restricted circumstances; about a death that may be the result of criminal conduct; about criminal conduct that occurred on the Hospital's premises; and in emergency circumstances relating to reporting information about a crime.)
- Coroners, medical examiners, and funeral directors.
- Organ and tissue donation.
- Certain research projects.
- To prevent a serious threat to health or safety.
- To military command authorities if you are a member of the armed forces or a member of a foreign military authority.
- National security and intelligence activities.
- Protection of the President or other authorized persons for foreign heads of state, or to conduct special investigations.
- Inmates. (Medical information about inmates of correctional institutions may be released to the institution.)
- Workers' Compensation. (Your medical information regarding benefits for work-related illnesses may be released as appropriate.)
- To carry out health care treatment, payment, and operations functions through business associates, *e.g.*, to install a new computer system.
- Customer satisfaction surveys.
- Fundraising Activities. We may disclose medical information to the University Medical Center Foundation or El Paso Children's Hospital Foundation so that the foundation may contact you in raising money for UMC or EPCH and provide you information on activities and programs at UMC or EPCH and solicit your support to

further the mission of UMC or EPCH. We will only release contact information such as the patient's and or parent/legal guardian's name, address, phone number, age, gender, insurance status, and dates of treatment at the hospital. You may opt out of receiving any fundraising communications by contacting the University Medical Center Foundation at (915) 521-7229 or www.umcfoundationelpaso.org or the El Paso Children's Hospital Foundation at (915) 521-7229 or www.elpasochildrensfoundation.org.

- Your PHI may be used by and disclosed to other health care providers or other health care entities for treatment, payment, health care operations purposes, and public health activities as permitted by law, through the Paso Del Norte Health Information Exchange (PHIX). For example, information about your past medical care and current medical conditions and medications can be available to other primary care physicians or hospitals, if they participate in PHIX. Exchange of health information can provide faster access, better coordination of care, and assist providers and public health officials in making more informed treatment decisions. You may opt out of PHIX and prevent providers from being able to search for your information through the exchange. You may opt out and prevent your medical information from being searched through PHIX by completing and signing the hospital's "*Health Information Exchange Opt-Out Form*" and giving it to the person listed on the form.

7. **Your Authorization Is Required for Other Disclosures.** Except as described above, we will not use or disclose your medical information unless you authorize (permit) UMC or EPCH in writing to disclose your information. You may revoke your permission, which will be effective only after the date of your written revocation.

8. **You Have Rights Regarding Your Medical Information.** You have the following rights regarding your medical information, provided that you make a written request to invoke the right on the form provided by UMC or EPCH:

- **Right to request restriction.** You may request limitations on your medical information we use or disclose for health care treatment, payment, or operations (e.g., you may ask us not to disclose that you have had a particular surgery), but we are not required to agree to your request. If we agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide you with emergency treatment.
- **Right to confidential communications.** You may request communications in a certain way or at a certain location, but you must specify how or where you wish to be contacted.
- **Right to inspect and copy.** You have the right to inspect and receive a paper/hard copy of your medical information regarding decisions about your care; however, psychotherapy notes may not be inspected and copied. You may request that the hospital transmit your medical information directly to an entity or person you designate, if such direction is clear, concise, and specific. We may charge a fee for copying, mailing, and supplies. Under limited circumstances, your request may be denied; you may request review of the denial by another licensed health care

professional chosen by UMC or EPCH. The hospital will comply with the outcome of the review.

- **Right to request amendment.** If you believe that the medical information we have about you is incorrect or incomplete, you may request an amendment on the form provided by the Hospital, which requires certain specific information. The Hospital is not required to accept the amendment.
- **Right to accounting of disclosures.** You may request a list of the disclosures of your medical information that have been made to persons or entities other than for health care treatment, payment, or operations in the past six (6) years. After the first request, there may be a charge.
- **Right to 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.

9. **Requirements Regarding This Notice.** UMC and EPCH are required by law to provide you with this Notice and to notify you if there is a breach of unsecured protected health information. We will be governed by this Notice for as long as it is in effect. UMC and EPCH may change this Notice and these changes will be effective for medical information we have about you as well as any information we receive in the future. Each time you register at UMC or EPCH for health care services as an inpatient or outpatient, you may receive a copy of the Notice in effect at the time.

Complaints. If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with UMC or EPCH, whose contact information is listed below, or the Texas Attorney General, or the Secretary of the United States Department of Health and Human Services.

Texas Attorney General at the following address:

Office of the Attorney General
Consumer Protection Division
PO Box 12548

Austin, Texas 78711-2548

<https://www.oag.state.tx.us/consumer/complain.shtml>

Secretary of the United States Department of Health and Human Services:

<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html>

You will not be penalized or retaliated against in any way for making a complaint.

10. **Who to Contact.**

- If you have a complaint;
- If you have any questions about this Notice;
- If you wish to request restrictions on uses and disclosures for health care treatment, payment, or operations;
- If you wish to elect not to receive fundraising activities; or

- If you wish to obtain a form to exercise your individual rights described in paragraph 5.

University Medical Center of El Paso (UMC) Patients please contact the Compliance Privacy Officer at: 4815 Alameda Avenue
El Paso, Texas 79905
(915) 521-7490

El Paso Children's Hospital (EPCH) Patients please contact the Privacy Officer at:
4845 Alameda Avenue
El Paso, Texas 79905
(915) 242-8529

Aviso Conjunto de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA DE USTED Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ESTA INFORMACIÓN.

FAVOR DE REPASARLO DETENIDAMENTE

1. **Propósito:** El Centro Médico Universitario de El Paso (“UMC”) y El Hospital Infantil de El Paso (EPCH) son hospitales autorizados por separado.
2. UMC miembros de su fuerza laboral incluyendo el personal profesional, sus empleados, estudiantes y sus voluntarios siguen las prácticas de privacidad descritas en este Aviso. UMC guarda su información médica en documentos que se guardarán de manera confidencial, como se requiere por la ley. Nótese: Las palabras “Usted”, “Su”, o “Paciente” significan “el paciente o sus padres/tutor legal”.
3. EPCH miembros de su fuerza laboral incluyendo el personal profesional, sus empleados, estudiantes y sus voluntarios – siguen las prácticas de privacidad descritas en este Aviso. EPCH guarda su información médica en documentos que se guardarán de manera confidencial, como se requiere por la ley. Nótese: Las palabras “Usted”, “Su”, o “Paciente” significan “el paciente o sus padres/tutor legal”.
4. UMC y EPCH tiene que usar y divulgar su información médica hasta el punto necesario para proporcionarle cuidado médico de calidad. Para hacer esto, UMC y EPCH tiene que compartir su información médica mutuamente y con otras entidades como se requiere para operaciones de tratamiento, pago y de cuidado médico. Su información médica puede ser compartida en formato impreso o electrónico, o en ambos.
5. Su información podría ser compartida entre los proveedores de atención médica que le están atendiendo con el propósito de brindarle tratamiento. Por ejemplo, su médico podría compartir información de su condición médica con el farmacéutico para comentar sobre los medicamentos adecuados o con el radiólogo u otros especialistas, para así llegar a un diagnóstico. UMC, por sus siglas en inglés y/o EPCH, por sus siglas en inglés, podrían utilizar su información médica tal como lo requiere su aseguradora o su Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) para obtener el pago de su tratamiento y su estancia en el hospital. UMC y/o EPCH podrían utilizar y divulgar su información de salud para mejorar la calidad de atención médica, por ejemplo, para propósitos de revisión y capacitación que forman parte del funcionamiento en el cuidado de la salud. Usted puede solicitar que se restrinja la divulgación de su información médica confidencial (“PHI”, por sus siglas en inglés) a un plan de salud para propósitos de pago o funcionamiento en el cuidado de la salud si la PHI se refiere a asuntos o servicios de atención médica los cuales ya fueron pagados en su totalidad por parte del paciente o sus representantes.

6. Su PHI y otra información médica para los propósitos a continuación, a menos que usted pida restricciones sobre un uso o revelación específica:

- Directorio del Hospital, el cual puede incluir su nombre, su condición en general y dónde se encuentra en el Hospital.
- Afiliación religiosa al ministro del hospital o a un miembro del clero.
- Familiares o amigos cercanos que participan en su cuidado o en el pago de su tratamiento.
- Agencia de Auxilio de Desastres si usted es parte de una campaña de auxilio de desastres.
- Recordatorios de citas.
- Para informarle a usted de alternativas o beneficios o servicios de tratamiento relacionados con su salud. (Se le dará oportunidad de rechazar recibir esta información.)
- Como se requiere por la ley.
- Actividades de salud pública, inclusive prevención de enfermedades, lesiones o discapacidades; reportar nacimientos y defunciones; reportar abuso o negligencia de niños; reportar reacciones a medicamentos o problemas de productos; aviso de retiradas de productos; control de enfermedades infecciosas; avisar a autoridades gubernamentales de abuso, negligencia o violencia doméstica sospechada (si usted está de acuerdo o si se requiere por ley).
- Actividades de vigilancia de salud, *e.g.*, auditoría, inspecciones, investigaciones y licenciatura.
- Juicios y litigio. (Intentaremos proveerle a usted aviso anterior de citación antes de revelar la información.)
- Cumplimiento de la ley (*e.g.*, como respuesta a resolución judicial o a otro proceso legal; para identificar o localizar a un individuo buscado por las autoridades; acerca de la víctima de un crimen bajo circunstancias restringidas; acerca de una muerte que puede ser resultado de conducta criminal; acerca de conducta criminal que ocurrió en el terreno del Hospital; y en circunstancias de urgencia relacionadas con reportar la información acerca de un crimen.)
- Médicos forenses o investigadores y directores de funerarias.
- Donación de órganos y tejidos.
- Ciertos proyectos de investigación.
- Para prevenir una amenaza grave a la salud y la seguridad.
- A autoridades de mando militar si usted es miembro de las fuerzas armadas o miembro de una autoridad militar extranjera.
- Actividades de inteligencia y seguridad nacional.
- Protección del Presidente u otras personas autorizadas para jefes de estado extranjeros o para realizar investigaciones especiales.
- Presos. (Se puede entregar información médica acerca de los presos de correccionales a la correccional.)
- Compensación de Trabajadores. (Se puede divulgar su información médica con respecto a beneficios por enfermedades relacionadas con el trabajo si es apropiado.)

- Para realizar operaciones de tratamiento, pago o cuidado de salud a través de socios de negocios, e.g., para instalar un sistema de cómputo nuevo.
- Encuestas de satisfacción al cliente.
- Actividades de Recaudación de Fondos. Podemos divulgar información médica a la Fundación del Centro Médico Universitario para que la fundación pueda comunicarse con usted al recaudar fondos para UMC o EPCH y proveerle información sobre las actividades y programas en UMC o EPCH y solicitar su apoyo para promover la misión de UMC o EPCH. Solamente divulgaremos su información de contacto como el nombre del paciente y/o de los padres/tutor legal, domicilio, número de teléfono, edad, sexo, estado de seguros y fechas de tratamiento en el hospital. Usted puede elegir no recibir ninguna información sobre la recaudación de fondos poniéndose en contacto con la Fundación del Centro Médico Universitario al (915) 521-7229 o www.umcfoundationelpaso.org o con la Fundación del Hospital Infantil de El Paso al (915) 521-7229 o www.elpasochildrenfoundation.org
- Su PHI podría ser utilizada y divulgada a otros proveedores de atención médica u otras entidades para propósitos de tratamiento, pagos, funcionamiento médico y actividades de salud pública según lo permita la ley, a través del Intercambio de Información de Salud del Paso Del Norte (PHIX, por sus siglas en inglés). Por ejemplo, la información sobre su atención médica previa y condiciones médicas y medicamentos actuales podrían estar a disposición de otros médicos de atención primaria u hospitales, si ellos también participan en el programa PHIX. El intercambio de información de salud brinda acceso rápido y una mejor coordinación en los cuidados de la salud, y permite a los proveedores y funcionarios de la salud pública hacer una mejor decisión informada en cuanto a las opciones de tratamiento. Usted puede optar por no participar en el programa PHIX, lo cual impedirá a los proveedores de atención médica realizar una búsqueda de su información médica a través del programa de intercambio. Al llenar, firmar y entregar a la persona mencionada en el “*Formulario de No Participación en el Intercambio de Información Médica*”, usted opta por no participar en el programa PHIX y para que no se lleven a cabo búsquedas sobre su información de salud.

7. **Se requiere autorización de usted para otras divulgaciones.** Con excepción de lo descrito anteriormente, no usaremos ni divulgaremos su información médica a menos que usted autorice (permita) a UMC o EPCH por escrito divulgar su información. Usted puede revocar su permiso, el cual entrará en vigor sólo después de la fecha de su revocación escrita.

8. **Usted tiene derechos con respecto a su información médica.** Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica, con tal que usted solicite por escrito acoger el derecho en la forma provista por UMC o EPCH:

- **Derecho de restricción de pedidos.** Usted puede pedir limitaciones en su información médica que usemos o divulguemos para tratamiento, pago u operaciones

de cuidado de salud (e.g. Usted nos puede pedir no divulgar que usted ha tenido cierta cirugía), pero no se nos requiere acceder a su pedido. Si aceptamos, cumpliremos con su pedido a menos que la información se necesite para proveerle a usted tratamiento de urgencia.

- **Derecho a comunicaciones confidenciales.** Usted puede pedir comunicaciones de cierta manera o en cierto local, pero usted tiene que especificar cómo y cuándo desea que lo contacten.
- **Derecho a examinar y copiar.** Usted tiene el derecho a examinar y recibir una copia de papel de su información médica con respecto a decisiones de su cuidado; sin embargo; los apuntes de psicoterapia no se pueden examinar ni copiar. Usted puede solicitar que el hospital transmita su información médica directamente a una entidad o persona que usted designe, si la solicitud está evidente, breve y específica. Podemos cobrar por copiar, enviar por correo y por materiales. Bajo circunstancias limitadas, se puede negar su pedido; usted puede pedir examinar la denegación por otro profesional titulado de cuidado de la salud escogido por UMC o EPCH. El Hospital aceptará al resultado del examen.
- **Derecho a pedir corrección.** Si usted cree que la información médica que tenemos de usted no está correcta o completa, usted puede solicitar una corrección en la forma provista por el Hospital, la cual requiere cierta información específica. No se requiere al Hospital aceptar la corrección.
- **Derecho a informe de divulgaciones.** Usted puede pedir una lista de divulgaciones de su información médica que se han hecho a personas o entidades aparte de tratamiento, pago y operaciones de cuidado médico en los tres (3) años anteriores. Puede cobrarse después de la primera solicitud.

9. **Requisitos con respecto a este Aviso.** Se requiere por ley a UMC y EPCH proveerle a usted este Aviso. Nos regulará este Aviso mientras esté vigente. Es posible que UMC y EPCH cambie este Aviso y estos cambios estarán en vigor en cuanto a información médica que tengamos de usted así como de información que recibamos en el futuro. Cada vez que usted se registre en el UMC o EPCH para servicios de cuidado de la salud como paciente internado o no internado, usted podrá recibir una copia del Aviso vigente en ese momento.

Quejas. Si usted piensa que se han violado sus derechos de privacidad, usted puede presentar una queja con UMC o EPCH cuya información de contacto se encuentra a continuación o con el Procurador General de Texas, o con la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Procurador General de Texas a la siguiente dirección:

Office of the Attorney General
Consumer Protection Division
PO Box 12548

Austin, Texas 78711-2548

<https://www.oag.state.tx.us/consumer/complain.shtml>

Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos:

<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html>

No se perjudicará usted de ninguna manera ni se tomarán represalias en su contra por presentar una queja.

10. ¿Con quién debe ponerse en contacto?

- Usted tiene una queja;
- Usted tiene alguna pregunta con respecto a este Aviso;
- Usted desea pedir limitaciones sobre los usos y divulgaciones de tratamiento, pago y operaciones de cuidado médico;
- Usted desea elegir no recibir actividades de recaudación de fondos; o
- Usted desea obtener una forma para hacer uso de sus derechos individuales descritos en el párrafo 5.

Pacientes del Centro Médico Universitario de El Paso (UMC) por favor ponerse en contacto con el Oficial de Privacidad en:

4815 Alameda Avenue
El Paso, Texas 79905
(915) 521-7490

Pacientes del Hospital Infantil de El Paso (EPCH) por favor ponerse en contacto con el Oficial de Privacidad en:

4845 Alameda Avenue
El Paso, Texas 79905
(915) 242-8529