

 <p>University of Missouri <b>HEALTH CARE</b> <i>The care you deserve from the team you trust.</i></p>	<b>Subject:</b> Notification of Privacy Practices	<b>Number:</b> <b>MOI-15</b>
	<b>Function:</b> Management of Information	<b>Previously:</b> II-E-49
	<b>Applies To:</b> Corporate <input checked="" type="checkbox"/> CRH <input checked="" type="checkbox"/> MRC <input checked="" type="checkbox"/> UH <input checked="" type="checkbox"/> UP <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Revised:</b> <b>3-22-07</b>

**OBJECTIVE:** To educate patients about their privacy rights and to protect the privacy of Protected Health Information (PHI) in compliance with federal and state laws governing the use and disclosure of protected health information.

**POLICY:** All patients shall be given a Notice of University of Missouri Health Care's (UMHC) Privacy Practices at the point of first product or service delivery.

**PROCEDURE:**

1. At the date of the first delivery of goods or services at UMHC, patients shall be presented with the Notice of Privacy Practices (NPP). If the goods or services are provided by telephone, the notice may be mailed to the patient within 24 hours, along with a request for the patient's signature and return. UMHC is not responsible if the acknowledgement is not returned. The notice can also be e-mailed upon a patient's informed request. The electronic return receipt is sufficient acknowledgement.  
Note: Scheduling an appointment or procedure is not considered to be a service.
2. A copy of the NPP should be posted in a clear and prominent location where it is reasonable to expect individuals to be able to read the notice.
3. Whenever the NPP is revised, the notice must be made available upon request and posted as described above. It must also be placed and maintained on UMHC's website to allow for electronic availability.
4. If a patient wishes to receive the NPP via e-mail, the patient shall submit an agreement to receive such notices in writing, directed to the Privacy Officer or designee. If UMHC is aware that an e-mail transaction has failed, a paper copy of the NPP should be sent to the patient.
5. The sender should attempt to obtain written acknowledgment, from the patient, that the NPP has been received. Documentation as to why an acknowledgment of receipt could not be obtained must be placed in the patient's record.
6. UMHC's Privacy Officer will be responsible for developing and updating the NPP as necessary.
7. The Privacy Officer will be responsible for ensuring that employees are trained regarding the NPP, in accordance with UMHC Policies and Procedures related to employee education and training.
8. Any patient questions related to the NPP should be directed to the Privacy Officer.
9. If the NPP is a joint notice utilized by UMHC and other covered entities, the following must occur:
  - A. The notice must identify the covered entities or the class of entities to which it applies.

- B. The notice must, if applicable, state that the covered entities participating in the joint activity will share PHI with each other.
- C. A copy of the notice will be provided to the patient, by UMHC, at the time the patient presents himself/herself to UMHC for services. UMHC staff will document the provision of the notice and will alert the joint participants to such receipt.
- D. If a joint participant provides the joint notice to the patient, UMHC may rely on that provision of notice if:
  - The hospital has received written confirmation that the patient has already been provided with the joint NPP;
  - The written confirmation is from the Privacy Officer or an authorized designee of the joint participant; and
  - UMHC has documented the following in the patient's record:
    - That the patient has received the joint Notice;
    - The date that the patient received the joint Notice;
    - The joint participant from which the Notice was received; and
    - Identification of the individual from whom the information about provision of the Notice was received.

## APPENDIX A



University of Missouri  
**HEALTH CARE**  
Office of Privacy Practices

Notice Effective April 1, 2006

**This notice tells you how medical information about you can be used and shared, and how you can get access to this information. Please read it carefully.** If you have any questions, please contact our Privacy Office at the address or phone number at the bottom of this notice.

### *Who will follow this notice?*

MU Health Care (UMHC) provides health care to our patients, residents, and clients working with physicians and other professionals and organizations. The list below tells you who will follow the outlined practice for keeping your data private.

- Any health care professional who treats you at any of our locations.
- All areas and units of our organization, which include: University Hospital; Columbia Regional Hospital; Ellis Fischel Cancer Center; Missouri Rehabilitation Center; University Physicians; or any of the UMHC clinics or services.
- All employees, staff, volunteers or students of our organization.
- Any business associate or partner of UMHC that we share health information with.

### *Our pledge to you.*

We understand that health data about you is private. We promise to protect this data. We make a record of the care and service you receive so we can provide good care and to comply with legal rules. This notice applies to all of your health records that we maintain, whether they were made by our staff or by your own doctor. Your doctor may have other rules or a notice about use and release of your health record kept in their office.

### **By law we must:**

- keep your health data private
- give you this notice of our legal duties and our practice of keeping your health data private
- follow terms of the notice in effect at the current time

### *Changes to this Notice.*

We may change our policies at any time. Changes will apply to health data we have on file, as well as new data we record after the notice is changed. Before we make a major change in our policies, we will change our notice and post the new notice in waiting areas, exam rooms, and on our Web site at <http://www.muhealth.org/>. You can get a copy of the current notice any time. The date it went into effect is listed just below the title. You will be offered a copy of the current notice each time you come to our facilities for treatment. You will also be asked to sign your name to show that you received this notice.

### *How we are allowed to use and share your health data.*

We may use and share your health data for:

- **treatment** (such as sending your health data to a special doctor or family doctor or other health care facility when you are referred to them)
- **to obtain payment for treatment** (such as sending billing information to your insurance company or Medicare); and
- **to support our health care efforts** (such as when we compare patient data to improve treatment methods.)

Subject to certain rules, we may use or share your health data without your prior permission for other reasons:

- for public health issues
- to report abuse or neglect
- during health care audits or inspections
- as part of research studies
- to arrange funerals and organ donation
- for workers' compensation claims
- in an emergency

When required to by law, we also may share health care data. In certain cases we must respond to requests from law enforcement officials or valid court orders.

■ This hospital and its staff are involved as a study site to conduct research in certain clinical trials. You may benefit from our efforts to advance science and medicine through research. Our health care staff is often aware of certain treatments trials that may be offered here. In order to provide useful facts about your treatment options, we may review your health records from time to time to see if you may be eligible to take part in certain studies. You would then have access to certain experimental treatments. In certain cases, we believe it would be helpful to your treatment to think about these kinds of options for your care. Only our clinicians will review your health record during these reviews and none of your private health data will be given to third parties without your written consent. If it appears you may be eligible for such treatment and that the treatment could benefit you, your doctor or a member

of our staff will contact you with further information.

■ We also may contact you to remind you about a scheduled visit or to tell you about or suggest **treatment options, alternatives, health-related benefits or services** that may be of interest to you. We may ask for your support in marketing or fundraising efforts.

■ If you are admitted as a patient, we will add your name to our patient list, unless you ask us not to. The patient list includes your hospital room number, your condition (good, fair, etc.) and your religious faith. We will release all of these but your religious faith to anyone who asks about you by your name. Your religious faith may be shared only to a clergy member, even if they do not ask for you by name.

■ If you are a potential organ, eye or tissue donor, we may release health information to organizations that handle organ procurement, or organ donation networks to facilitate organ, eye and tissue donation and transplantation.

■ We may share health care data about you to a friend or family member who is involved in your health care. Your health data may also be shared to disaster relief authorities so they can contact your family to tell them where you are and how you are doing.

#### ***Other uses of health data.***

■ In any other situation not covered by this notice, we will ask for your written permission before we use or share your health data. If you choose to permit us to use or share this data, you can later revoke that permission by telling us about your decision in writing.

#### ***Your rights about your health data.***

■ In most cases, **you may make a written request to look at, or get a copy of your data** we use to make choices for your care. If you request copies, we may charge a fee for the cost of copying, mailing or other related supplies. If we deny your request to review or obtain a copy, you may submit a written request for a review of that decision.

■ If you think that data in your record is wrong or if important items are missing, **you have the right to request that we correct the records.** You may submit a written request providing your reason for requesting the change. We could deny your request to amend a record if it was not created by us; if it is not part of the data maintained by us; or if we decide that the record is correct. You may submit a

written appeal if we decide not to amend a record.

■ **You have the right to receive a list showing where we have shared health data about you,** other than for treatment, payment, health care operations, or where you gave written permission. The request must state the time period you want us to include. It must be less than a 6-year period and begin after April 14, 2003. Within a 12-month period, the first list you request is free. If you make more requests, you will be charged our cost to produce the list. We will tell you about the cost before you are charged.

■ If this notice was sent to you by e-mail, **you have the right to a paper copy of this notice.**

■ **You have the right to request that your health data be given to you in a private manner.** You may ask us to send mail to an address other than your home, or tell us in writing about a certain way or place we can use to inform you.

■ **You may request, in writing, that we not use or share your health data** for treatment, payment or healthcare operations; or to persons involved in your care except when specifically authorized by you; when required by law; or in an emergency. We will review your request **but we are not required by law to accept it.** We will inform you of our decision on your request. All written requests or appeals should be submitted to our Privacy Office listed at the bottom of this notice.

#### ***Complaints.***

■ If you are concerned that your privacy rights may have been violated; or you disagree with a decision we made about access to your records; you may contact our Privacy Office at 573-882-9054 or the 24-hour Compliance Resource and Reporting Line at 573-884-1729.

■ You may also contact State Department of Health, Bureau of Health Facility Regulation: 1-573-751-6302 and/or the State Attorney General's Office Consumer Hot Line: 1-800-392-8222 for more help.

■ You may send a written complaint to the U.S. Department of Health and Human Services Office of Civil Rights. Our Privacy Office can give you the address.

■ We will not punish you or take action against you if you file a complaint

## SERVICIOS DE SALUD

# Aviso Sobre la Confidencialidad de los Datos Personales de Salud

Vigente a partir del 1 de abril de 2006

**El contenido de este aviso indica la forma en que la información médica sobre su persona puede ser utilizada y difundida, y la manera de tener acceso a dicha información.**

**Le rogamos que lo lea detenidamente.** Si tuviera alguna pregunta que formular, por favor diríjase a nuestra Privacy Office/ Oficina sobre la Privacidad en el domicilio o al número telefónico que figura al final de esta notificación.

### *¿Quiénes siguen estas instrucciones?*

MU Health Care (UMHC) / Servicios de Salud de la Universidad de Missouri brinda cuidados para la salud a los pacientes, residentes y clientes nuestros que trabajan con médicos y con otros profesionales y organizaciones. La lista a continuación indica las personas que siguen las prácticas señaladas para observar confidencialidad sobre la información personal de salud.

- Todo profesional de la salud que brinde tratamiento en cualquiera de nuestras dependencias.
- Todas las áreas y unidades de nuestra organización, las cuales incluyen: University Hospital (Hospital de la Universidad), Columbia Regional Hospital (Hospital Regional de Columbia), Ellis Fischel Cancer Center (Centro Ellis Fischel para el Cáncer), Missouri Rehabilitation Center (Centro de Rehabilitación de Missouri), University Physicians (Médicos de la Universidad), y cualquier otra unidad de servicios o clínica que pertenezca a UMHC.
- Todos los empleados, miembros del personal, voluntarios y estudiantes de nuestra organización.
- Todos aquellos que se hallen asociados o sean socios de los UMHC (Servicios de Salud de la Universidad de Missouri) y con quienes se comparta información sobre la salud.

Nuestro compromiso con Ud.

Comprendemos que la información sobre su estado de salud pertenece al ámbito privado. Nos comprometemos a proteger este tipo de información. Llevamos un registro de los cuidados y de los servicios que Ud. recibe de modo de poder brindar calidad en nuestras prestaciones y de cumplir con las disposiciones legales al respecto. Esta notificación se aplica a toda la información de salud que tenemos registrada y que haya sido confeccionada por miembros del personal o por su propio facultativo. Puede darse el caso que su médico siga disposiciones o instrucciones diferentes sobre como utilizar y difundir sus datos de salud en el registro que mantiene en su consultorio.

### **Según la ley, estamos obligados a:**

- mantener privacidad sobre su estado de salud.
- brindarle la información acerca de nuestras obligaciones legales y de nuestras prácticas de observancia de confidencialidad de la información sobre su salud.
- cumplir con las condiciones de las instrucciones que rigen en el momento correspondiente.

Modificaciones a esta notificación.

Nuestras políticas pueden sufrir modificaciones en cualquier momento. Los cambios regirán con respecto a los datos sobre el estado de salud que figura en nuestros registros y también sobre la nueva información que se registre luego de cambiar la notificación. Antes de introducir un cambio importante en nuestras políticas, se modificará nuestra notificación y se dará difusión de las nuevas modalidades mediante avisos en las salas de espera, en los consultorios y en nuestra página de la red en <http://www.muhealth.org/>. Se puede obtener una copia de este aviso cuando lo desee. La fecha a partir de la cual rige este aviso figura debajo del título. Ud. dispondrá de una copia de esta notificación en cada visita que realice a nuestras dependencias para recibir tratamiento. También deberá firmar en reconocimiento de haber recibido este aviso.

### ***Uso y difusión de la información sobre su estado de salud.***

La información sobre su estado de salud puede ser utilizada y difundida para:

- **tratamiento** (remitir la información sobre la salud a un médico especialista o médico de familia u otra unidad de cuidados de la salud cuando Ud. deba ser derivado a esos servicios)
- **obtener el pago correspondiente al tratamiento recibido** (enviar información sobre facturación a su compañía aseguradora o a Medicare), y
- **reforzar nuestros esfuerzos de oferta de servicios de salud** (cuando comparamos datos de pacientes para mejorar los métodos de los tratamientos)

De acuerdo con las disposiciones correspondientes, la información sobre su condición de salud puede ser utilizada o dada a conocer sin su previo consentimiento en los siguientes casos:

- por motivos relacionados con temas de la salud pública
- para denunciar abusos o negligencias
- en auditorías de los servicios de salud o inspecciones
- cuando forme parte de estudios de investigación
- para disponer funerales y donaciones de órganos
- en reclamos por accidentes laborales
- en caso de emergencias

También puede disponerse de esta información si es requerida por ley. En algunos casos, debemos suministrarla frente a requisitos de los agentes encargados de hacer cumplir las leyes o por órdenes judiciales.

■ Este hospital y su personal se hallan afectados como participantes en investigaciones de determinados estudios clínicos. Nuestro esfuerzo puede beneficiarlo en la contribución al progreso de la ciencia y de la medicina mediante la investigación. El personal integrante de los cuidados de la salud tiene conocimiento de ciertos estudios de tratamientos que se

brindan en nuestro ámbito. Con el propósito de aportar datos útiles relacionados con las opciones de tratamiento se podrán consultar sus registros de salud periódicamente para verificar su posible participación en determinados estudios. En consecuencia, Ud. tendrá acceso a ciertos tratamientos experimentales. En algunos casos, creemos que sería conveniente para su tratamiento que considere estos tipos de opciones en su cuidado de salud. Sólo los médicos clínicos podrán revisar su registro de salud durante estas consultas y ningún dato confidencial sobre su salud le será facilitado a ajenos sin su consentimiento por escrito. Si resultara elegido para participar en tratamientos como los descritos y dicho tratamiento redundara en su beneficio, su médico o algún integrante del personal lo contactará y le dará información adicional.

■ También le contactaremos para recordarle sobre las visitas programadas o para comunicarle o sugerirle **opciones de tratamientos, alternativas, beneficios relacionados con su salud o servicios** que fueran de su interés. Podemos solicitar su apoyo a nuestros esfuerzos de comercialización o para obtener fondos.

■ Si Ud. ingresa como paciente, agregaremos su nombre a nuestra lista de pacientes, a menos que se solicite lo contrario. La lista de pacientes incluye el número de habitación en el hospital, su estado de salud (bueno, regular, etc.) y su filiación religiosa. Podremos difundir toda esta información excepto su filiación religiosa a cualquier persona que la solicite invocando su nombre. Su filiación religiosa podrá ser revelada solamente a un clérigo aún cuando su nombre no sea mencionado.

■ Se podrá difundir información sobre su estado de salud a amigos o familiares relacionados en forma directa con Ud. También se podrá revelar esta información a los agentes de asistencia de siniestros para facilitar el contacto con sus familiares y brindar datos sobre su ubicación y estado de salud.

■ Si usted indicó el deseo de ser un donador de órganos, ojos o tejidos, para facilitar la donación y el transplante de ellos se podrá entregar su información médica a organizaciones, o redes de organizaciones, que manejan el proceso de la obtención de órganos.

#### ***Otros usos de los datos personales de salud.***

■ En cualquier otra situación que no esté contemplada en este aviso, se requerirá su permiso por escrito antes de ser utilizado o de dar a conocer datos sobre su estado de salud. Si Ud. autoriza el uso o la difusión de dichos datos, puede en el futuro revocar ese permiso informándonos de su decisión en forma escrita.

Derechos sobre los datos personales de salud.

■ En la mayoría de los casos, **Ud. puede solicitar por escrito que se le permita leer u obtener una copia de los datos personales** que se utilizan para tomar decisiones respecto de los cuidados que recibe. Si solicita una copia, se le cobrará el gasto en concepto de fotocopia y para enviar el material por correo u otros servicios. Si a Ud. no se le permite leer u obtener una copia, deberá presentar una solicitud escrita para que se reconsidere esa decisión.

■ Si estima que los datos en su registro son erróneos o que hay aspectos importantes que no figuran, **Ud. tiene derecho a pedir que corriamos su registro.** Puede hacerlo por escrito

incluyendo la razón por la cual solicita el cambio. Puede ocurrir que obtenga una respuesta negativa a su pedido de modificaciones de datos que no hayan sido creados por nosotros, que nosotros no conservamos, o que decidamos que el registro es correcto. Ud. puede presentar una apelación por escrito en caso que se decida no corregir un registro.

■ **Ud. goza del derecho a recibir la información sobre el uso y difusión de los datos personales de salud** que no se relacionen con el tratamiento, el pago, las prestaciones de salud o con su autorización por escrito. La solicitud deberá incluir el período de tiempo que Ud. desea que se considere. Deberá ser un período menor de 6 años y deberá comenzar luego del 14 de abril de 2003. Dentro de los 12 meses, el primer envío que solicite será gratuito. Si realiza más pedidos, deberá abonar un costo para obtener la información. Se le hará saber el costo antes de abonarlo.

■ Si esta notificación le llegó por correo electrónico, **Ud. tiene derecho a tener una copia en papel impreso de este aviso.**

■ **Tiene derecho a requerir que sus datos personales de salud le sean entregados en forma confidencial.** Puede solicitar que le enviemos la información por correo a una dirección que no sea su domicilio particular o comunicarnos por escrito acerca de la forma o el lugar que podemos utilizar para informarle.

■ **Puede solicitar por escrito que no utilicemos o demos a conocer los datos sobre su salud** en caso de tratamiento, pago o prestaciones de servicios o de informar a personas relacionadas con sus cuidados excepto que específicamente hayan sido autorizadas por Ud., cuando la ley lo establezca o en caso de emergencia. Prestaremos atención a su solicitud pero **no estamos obligados por ley a aceptarla.** Le mantendremos informado de nuestra decisión. Todas las solicitudes por escrito o en caso de apelar deberán ser presentadas en nuestra Privacy Office / Oficina sobre la Privacidad que figura al final de esta notificación.

Reclamos.

■ En caso de hallarse preocupado con respecto a una violación a sus derechos a la privacidad, o de no estar de acuerdo con alguna decisión que hayamos tomado sobre el acceso a sus registros, diríjase a nuestra Privacy Office/ Oficina sobre la Privacidad al teléfono 573-882-9054 o a nuestra línea permanente de 24 horas de atención Compliance Resource and Reporting Line/ Cumplimientos y Reclamos al 573-884-1729.

■ También puede dirigirse a la State Department of Health, Bureau of Health Facility Regulation/ Secretaría de Salud Pública, Departamento de Asuntos Legales de Salud, al 1-573-751-6302 y/o a la State Attorney General's Office Consumer Line/ Línea de Atención al Consumidor del Fiscal General del Estado, al 1-800-392-8222 para mayor asistencia.

■ Puede enviar un reclamo por escrito a la U.S. Department of Health and Human Services Office of Civil Rights/ Oficina de Derechos Civiles del Ministerio de Salud de los Estados Unidos. Nuestra Privacy Office/ Oficina sobre la Privacidad podrá brindarle la dirección.

■ No se emprenderá ninguna acción ni sanción en su contra en caso de reclam

**Key Content Expert:** Director, Office of Corporate Compliance

Approved:

*Signature available on Original Copy*

James H. Ross, Chief Executive Officer  
University of Missouri Health Care

3-22-07

Date