

Rights & Responsibilities for Patients of Arizona Oncology

Your Right to Considerate and Respectful Care

You have the right to:

- Access care that is available and medically necessary. If it is necessary to transfer you to another facility, the need for the transfer and the alternatives to transfer will be explained to you.
- Receive considerate and respectful care within the scope of our mission that recognizes your personal dignity, values, and beliefs.
- Receive timely, competent, equitable quality clinical care and services that are responsive to preferred languages, health literacy and other communication needs.
- Receive language assistance (individuals who have limited English proficiency) and/or other communication needs, at no cost to you, to facilitate timely access to all health care and services.
- Not be discriminated against based on race, national origin, religion, gender, sexual orientation, age, disability, marital status, or diagnosis.
- Request and receive an itemized and detailed explanation of your total bill for services rendered in the clinic, regardless of the source of payment.
- Receive prompt pain assessment, treatment and information concerning the origin of your pain, and pain prevention/relief measures.
- Be informed of and participate in decisions regarding your care.
- Express concerns about any aspect of your treatment without fear of retaliation, and/or to utilize the grievance process for unresolved concerns/issues.
- File a grievance with Hector Bustamante the Compliance Privacy & Security Manager by contacting in writing at 2625 N. Craycroft, Ste. 221, Tucson, AZ 85712. Whether or not you choose to utilize the grievance process, you may file your grievance with the Arizona Department of Health Services, (602) 364-3030, 150 N. 18th Ave. Phoenix, AZ 85007; the State Attorney General's Office, 1275 W. Washington, Phoenix, AZ 85007.

Derechos y responsabilidades de los pacientes de Arizona Oncology

Su derecho a una atención considerada y respetuosa

Usted tiene los siguientes derechos:

- Acceder a atención disponible y medicamente necesaria. Si es necesario transferirle a otro centro, se le explicarán la necesidad de la transferencia y las alternativas a ser transferido.
- Recibir atención considerada y respetuosa dentro del alcance de nuestra misión, que reconoce su dignidad personal, sus valores y creencias.
- Recibir atención y servicios clínicos de calidad, oportunos, competentes y equitativos, que se ofrezcan de acuerdo con los idiomas preferidos, el nivel de conocimientos médicos y otras necesidades de comunicación.
- Recibir asistencia lingüística (personas que tienen un dominio limitado del inglés) o bien otras necesidades de comunicación, sin costo alguno para usted, a fin de facilitar el acceso oportuno a toda la atención médica y los servicios.
- No ser discriminado por motivos de raza, origen nacional, religión, género, orientación sexual, edad, discapacidad, estado civil o diagnóstico.
- Solicitar y recibir una explicación detallada y precisa de su factura total por los servicios prestados en la clínica, independientemente de la fuente de pago.
- Recibir una evaluación, tratamiento e información inmediatos del dolor, de su origen y de las medidas para prevenirlo y aliviarlo.
- Estar informado y participar en las decisiones relacionadas con su atención.
- Expresar inquietudes sobre cualquier aspecto de su tratamiento sin temor a represalias, y/o utilizar el proceso de quejas para solucionar inquietudes y problemas no resueltos.
- Presentar una queja formal ante Hector Bustamante, Gerente de Cumplimiento y Privacidad, comunicándose por escrito a 2625 N. Craycroft, Ste. 221, Tucson, AZ 85712. Usted puede optar por utilizar o no utilizar el proceso de queja. Para presentar una queja, llame al Departamento de Servicios de Salud de Arizona al (602) 364-3030 o escriba a 150 N. 18th Ave., Phoenix, AZ 85007; también puede llamar a la Oficina del Fiscal General del Estado, 1275 W. Washington, Phoenix, AZ 85007.

Your Right to Information and Participation in Care

You or your Surrogate Decision Maker have the right to:

- Be well informed about your illness and care and to make informed health care decisions. To the degree possible, information will be based on a clear, concise explanation of your condition and all proposed procedures, including likely outcomes, alternatives for care and problems related to recuperation/recovery.
- Receive clear and prompt answers to your health care questions.
- Receive assistance from a family member, the patient's representative, or other individual in understanding, protecting, or exercising the patient's rights.
- Participate in the development and implementation of your plan of care and treatment, including pain management.
- Consent or refuse treatment, as permitted by law, throughout your clinic stay.
- Know the names and roles of the people treating you.
- Review and obtain a copy of your medical records within a reasonable time frame, except when restricted by law.
- Request a consult with a specialist and to receive a referral to another health care institution if the outpatient treatment center is not authorized or not able to provide physical health services or behavioral health services needed by the patient.
- Have access to visitors and to communicate with persons outside the clinic, except where restrictions are necessary because of patient safety/health concerns. If restrictions are necessary, they will be explained to you and your family.
- Be advised of clinic rules that affect you and your treatment and about charges and payment methods.

Your Right to Privacy and Confidentiality

You have the right to:

- Verbal and physical privacy as much as is reasonably possible. To receive privacy in treatment and care for personal needs.
- Request to have a person of your own sex present during certain parts of an examination, procedure or treatment performed by a health professional of the opposite sex.
- Expect that your medical records will be reviewed only by those individuals directly involved in your care unless you have given permission to release information or the release of information is required or permitted by law.
- Expect that your medical information will only be available to those persons involved in your care and to those authorized in the Condition of Admission or otherwise authorized by you.

Su derecho a la información y a participar en su atención

Usted o su representante sustituto tienen los siguientes derechos:

- Estar bien informado sobre su enfermedad y su cuidado, y tomar decisiones informadas sobre su atención médica. En la medida de lo posible, la información se basará en una explicación clara y concisa de su afección y de todos los procedimientos propuestos, incluidos los resultados probables, las alternativas de atención y los problemas relacionados con su recuperación y rehabilitación.
- Recibir respuestas claras y rápidas a sus preguntas sobre el cuidado de la salud.
- Recibir asistencia de un miembro de la familia, el representante del paciente u otra persona para comprender, proteger o ejercer sus derechos como paciente.
- Participar en el desarrollo e implementación de su plan de atención y tratamiento, incluido el manejo del dolor.
- Aceptar o rechazar un tratamiento, según lo permita la ley, durante su internación en la clínica.
- Conocer los nombres y funciones de las personas que le tratan.
- Revisar y obtener una copia de sus registros médicos dentro de un plazo razonable, excepto cuando la ley establezca restricciones.
- Solicitar una consulta con un especialista y recibir una referencia a otra institución de atención médica, si el centro de tratamiento ambulatorio no está autorizado o no puede proporcionar los servicios de salud física o de salud conductual que el paciente necesita.
- Tener acceso a sus visitantes y comunicarse con personas fuera de la clínica, excepto cuando sea necesario aplicar restricciones por motivos de seguridad o salud del paciente. Si las restricciones son necesarias, se le explicarán a usted y a su familia.
- Ser notificado de las reglamentaciones de la clínica que puedan afectarles y sobre los cargos y métodos de pago.

Su derecho a la privacidad y la confidencialidad

Usted tiene los siguientes derechos:

- Tener privacidad verbal y física, en la medida en que eso sea razonablemente posible. Tener privacidad en su tratamiento y atención médica para sus necesidades personales.
- Solicitar que una persona de su mismo sexo esté presente durante ciertas partes de un examen, procedimiento o tratamiento médico realizado por un profesional de la salud del sexo opuesto.
- Tener la certeza de que sus registros médicos sean revisados solo por aquellas personas directamente involucradas en su atención, a menos que usted nos haya autorizado a divulgar información o que tal divulgación sea requerida o permitida por la ley.

- To review, upon written request, the patient's own medical record according to A.R.S. §§ 12-2293, 12-2294, and 12-2294.01.

Your Right to Ethical Decisions

You have the right to:

- Have an advance directive, such as a living will, health care power of attorney, and/or mental health care power of attorney, and receive care that is consistent with these directives. These documents express your choices about your future care and/or name someone to make decisions for you if you cannot make or communicate your own health care decisions. If you have a written advance directive, you should provide a copy to the clinic, your family and your doctor.
- Receive written information on your rights under state law to make decisions about medical care, [including the right to accept or refuse medical or surgical treatment and the right to prepare a durable power of attorney for health care or living will.
- Designate a decision maker in the event you are incapable of understanding a proposed treatment or procedure or are unable to communicate your wishes regarding care.
- Access to the Compliance and Privacy Manager when you or your family have conflicts with your treatment, personal values or wish to file a complaint and be free from any form of retaliation for submitting a complaint to the Compliance Department or another entity.
- Consent/refuse to participate in any research study.

Your Right to Safety and Security

You have the right to:

- Be protected from any form of physical abuse, neglect, exploitation, coercion, manipulation, physical punishment, sexual abuse, sexual assault, verbal abuse and psychological abuse including humiliating, threatening and exploitative actions.
- ### Your Responsibility to Information and Participation in Care
- You are responsible to:
- Provide accurate and complete information about your health, including present complaints, past illnesses, treatments and medication use.
 - Participate in your plan of care and report unexpected changes in your condition to your caregivers, as you are able.
 - Follow your doctor's orders and instructions and the clinic staff's instructions for your treatment and care.
 - Tell your doctor if you feel you cannot follow through with your treatment and accept responsibility for refusing treatment. Ask your doctor about the risks and consequences for refusal prior to making decisions.

- Esperar que su información médica solo esté disponible para aquellas personas involucradas en su cuidado y para aquellos autorizados en la condición de admisión o bien autorizados por usted.
- Revisar, previa solicitud por escrito, el propio expediente médico de paciente de acuerdo con los Estatutos Revisados de Arizona (A.R.S.), secciones 12-2293, 12-2294 y 12-2294.01.

Su derecho a las decisiones éticas

Usted tiene los siguientes derechos:

- Contar con una directiva anticipada, como un testamento vital, un poder notarial de atención médica y/o de salud mental, y recibir atención que sea consistente con estas directivas. Estos documentos expresan sus opciones sobre su atención futura y/o designan a una persona para que tome decisiones en su nombre, si usted no pudiese tomar o comunicar sus propias decisiones de atención médica. Si usted tiene una directiva anticipada por escrito, debe proporcionar una copia a la clínica, a su familia y a su médico.
- Recibir información por escrito sobre sus derechos de acuerdo con la legislación estatal para tomar decisiones sobre la atención médica, (incluido el derecho a aceptar o rechazar el tratamiento médico o quirúrgico y el derecho a preparar un poder notarial permanente para su atención médica o un testamento vital).
- Designar un representante para que tome decisiones en caso de que usted no pueda comprender un tratamiento o procedimiento propuesto, o no pueda comunicar sus deseos con respecto a su atención médica.
- Obtener acceso al Gerente de Cumplimiento y Privacidad si usted o su familia tienen conflictos con su tratamiento, sus valores personales o si desean presentar una queja, y estar libre de cualquier forma de represalia por presentar una queja al Departamento de Cumplimiento o a otra entidad.
- Consentir o negarse a participar en cualquier estudio de investigación.

Su derecho a seguridad y protección

Usted tiene los siguientes derechos:

- Estar protegido contra cualquier forma de abuso físico, negligencia, explotación, coerción, manipulación, castigo físico, abuso sexual, agresión sexual, abuso verbal y abuso psicológico, incluidas las acciones humillantes, amenazantes y explotadoras.
- ### Su responsabilidad hacia la información y la participación en la atención médica
- Usted tiene las siguientes responsabilidades:
- Proporcionar información precisa y completa sobre su salud, incluidas sus quejas actuales, enfermedades anteriores, tratamientos y uso de medicamentos.
 - Participar en su plan de atención médica e informar a sus cuidadores los cambios inesperados en su condición, en la medida que sea posible.

- Work with your health team to develop a pain management plan which includes assisting your doctors and nurses to assess your pain, asking for pain relief when pain first begins, discussing pain relief options, and informing your doctors and nurses when pain is not relieved.

- Ask questions when you do not understand information or instructions.
- Keep appointments and, when unable to do so for any reason, notify the clinic with at least 24 hours advance notice.
- Communicate to your health care provider your spiritual, emotional and cultural needs.
- Recognize the effect of lifestyle on your personal health. Your health depends not just on your clinic care, but in the long term on the decisions you make in your daily life.
- Periodically review your Living Will or Durable Power of Attorney for Health Care, if you have one, with family, physician and the person you have selected to represent you.
- Bring an updated copy of your Living Will or Durable Power of Attorney for Health Care to be placed in your medical record at the time of each admission.

Your Responsibility to Clinic Rules and Regulations

You are responsible to:

- Assure that the financial obligations of your health care are fulfilled as promptly as possible. Provide insurance information and pay your bill promptly so we can continue to serve you and the community effectively.
- Be considerate of the needs and rights of other patients, staff and clinic and follow the rules and regulations of the clinic.
- Respect the need of other patients for privacy and quiet. Consider other patients when using your tablet, telephone or other electronic device.
- Tell staff what personal items (cellphone, dentures, glasses, hearing aids, etc.) you are keeping with you in the clinic. You will be responsible for taking care of these items during your stay.
- Be respectful of the healing environment.
- Observe the non-smoking policy. (This includes e-cigarettes/vaping.)

- Seguir las órdenes e instrucciones de su médico y las instrucciones del personal de la clínica para su tratamiento y atención.
- Informar a su médico si siente que no puede seguir adelante con un tratamiento y aceptar la responsabilidad de rechazarlo. Preguntar a su médico acerca de los riesgos y consecuencias de una negativa, antes de tomar decisiones.
- Trabajar con su equipo de salud para desarrollar un plan de manejo del dolor que incluya ayudar a sus médicos y enfermeras a evaluar su dolor, solicitar alivio del dolor cuando este se inicia, discutir las opciones de alivio del dolor, e informar a sus médicos y enfermeras si el dolor no se alivia.
- Hacer preguntas si no entiende la información o las instrucciones.
- Asistir a las citas médicas y, cuando no pueda hacerlo por cualquier motivo, avisar a la clínica con al menos 24 horas de anticipación.
- Comunicar a su proveedor de atención médica sus necesidades espirituales, emocionales y culturales.
- Reconocer el efecto del estilo de vida en su salud personal. Su salud no solo depende de su atención clínica sino también, a largo plazo, de las decisiones que usted toma en su vida diaria.
- Rever periódicamente su testamento vital o su poder notarial permanente para atención médica, si los tiene, con su familia, su médico y la persona que usted haya seleccionado para representarles.
- Traer una copia actualizada de su testamento vital o poder notarial permanente para atención médica, a fin de incluirlo en su registro médico en el momento de cada admisión.

Su responsabilidad con las reglas y reglamentaciones de la clínica

Usted tiene las siguientes responsabilidades:

- Asegurarse de que las obligaciones financieras de su atención médica se cumplan lo antes posible. Proporcionar información sobre el seguro y pagar su factura con prontitud, para que podamos continuar sirviéndole a usted y a la comunidad de manera efectiva.
- Ser considerado con las necesidades y derechos de otros pacientes, del personal y de la clínica, y seguir las reglas y reglamentaciones de la clínica.
- Respetar la necesidad de privacidad y tranquilidad de los otros pacientes. Ser considerado con otros pacientes cuando use su tableta, teléfono u otro dispositivo electrónico.
- Comunicar al personal qué artículos personales (teléfono celular, dentadura postiza, anteojos, audífonos, etc.) tendrá con usted durante su internación en la clínica. Usted será responsable de cuidar esos artículos durante su internación.
- Ser respetuoso con el ambiente de sanación.
- Respetar la política de no fumar. (Esto incluye fumar cigarrillos electrónicos o vapeo).

Notice of Privacy Practices

Effective Date: 02/25/2023

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.

ABOUT US:

In this Notice, we use terms like “we,” “us,” “our” or “Practice” to refer to Arizona Oncology Associates, P.C. (“Arizona Oncology”), its physicians, employees, staff and other personnel. All of the sites and locations of Arizona Oncology follow the terms of this Notice of Privacy Practices (“Notice”) and may share health information with each other for treatment, payment or health care operations purposes and for other purposes as described in this Notice.

PURPOSE OF THIS NOTICE:

This Notice describes how we may use and disclose your health information to carry out treatment, payment, or health care operations and for other purposes that are permitted or required by law. This Notice also outlines our legal duties for protecting the privacy of your health information and explains your rights to have your health information protected. We understand that your health information is personal, and we are committed to protecting your privacy.

OUR RESPONSIBILITIES:

We are required by law to maintain the privacy and security of your protected health 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. We are also required to notify you of a breach of your unsecured health information that may have compromised the privacy or security of your information.

HOW DO WE USE OR DISCLOSE YOUR HEALTH INFORMATION?

The following categories describe examples of the way we use and disclose health information without your written authorization:

To Treat You: We may use your health information to provide you with medical treatment or services. We may also share your health information with other professionals who are treating you.

For example, your health information will be shared with your physician and other health care providers who participate in your care. We may disclose your health information with another physician(s) for the purpose of a consultation. We may also disclose your health information to your primary care physician or another healthcare provider to be sure they have all the information they need to diagnose and treat you.

For Payment: We may use and disclose your health information to bill and get payment from health plans or other entities for the items and services we provide you.

For example, a bill may be sent to you, your health insurance plan, or other third-party payer. The bill may contain information that identifies you, your diagnosis, and treatment or supplies used in the course of treatment. We may also tell your health insurance plan about a treatment you are going to receive to obtain prior approval or to determine whether your health insurance plan will cover the treatment.

For Health Care Operations: We may use and disclose your health information in order to support our business activities necessary to run the Practice and make sure our patients receive quality care.

For example, we may use your health information for quality assessment activities, training of medical students, necessary credentialing, and for other essential activities. We may also disclose your health information to third party “business associates” that perform various services on our behalf, such as transcription, billing and collection services. In these cases, we will enter into a written agreement with the business associate to ensure they protect the privacy of your health information to the same extent that we protect it.

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, 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.

HOW ELSE CAN WE USE OR SHARE YOUR HEALTH INFORMATION?

Besides the ways mentioned above, we are also allowed (to the extent permitted by applicable law) to use and share your health information without your authorization for the following purposes:

As Required by Law: We may use and disclose your health information when required to do so by federal, state or local law.

Respond to Lawsuits and Legal Actions: We may share health information about you in response to a court or administrative order or in response to a subpoena.

Address Workers’ Compensation, Law Enforcement, and Other Government Requests: We may use or disclose 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

Public Health Activities: We are allowed or required to share your information in other ways. We must meet many conditions in the law before we can share your information for these purposes, including to help with public health and safety issues such as the following:

- Preventing disease
- Reporting births or deaths.
- Reporting suspected abuse, neglect, or domestic violence
- Reporting adverse reactions to medications.
- Preventing or reducing a serious threat to anyone’s health or safety
- Helping with product recalls

Organ/Tissue Donation: We may use and disclose your health information to organ procurement organizations.

Coroners, Medical Examiners, and Funeral Directors: We may use and disclose health information to a coroner or medical examiner. This disclosure may be necessary to identify a deceased person or determine the cause of death. We may also disclose health information, as necessary, to funeral directors to assist them in performing their duties.

Inmates: If you are an inmate of a correctional institution or under the custody of a law enforcement official, we may disclose your health information to the correctional institution or law enforcement official to assist them in providing your health care, protecting your health and safety or the health and safety of others, or for the safety of the correctional institution.

Research: We may use and disclose your health information for certain research activities. For example, we might use your health information to decide if we have enough patients to conduct a cancer research study. For certain research activities, an Institutional Review Board (IRB) or Privacy Board may approve uses and disclosures of your health information.

WHEN DO WE NEED YOUR WRITTEN PERMISSION BEFORE USING OR SHARING YOUR HEALTH INFORMATION?

Other uses and disclosures of your health information not covered by this Notice will be made only with your written authorization. Some examples include:

Psychotherapy Notes: We usually do not maintain psychotherapy notes about you. If we do, we will only use and disclose them with your written authorization except in limited situations.

Marketing: We may only use and disclose your health information for marketing purposes with your written authorization. This would include, for example, making treatment-related communications to you when we receive a financial benefit for doing so.

Sale of Your Health Information: We may sell your health information only with your written authorization.

Fundraising Activities: In the case of fundraising, we may contact you for fundraising efforts, but you can tell us not to contact you again.

If you authorize us to use or disclose your health information, you may revoke your authorization, in writing, at any time. If you revoke your authorization, we will no longer use or disclose your health information as specified by your revocation, except to the extent that we have already used or shared your health information based on the permission you gave us earlier.

YOUR RIGHTS REGARDING YOUR HEALTH INFORMATION:

You have the following rights regarding the health information we maintain about you:

Right to Request Restrictions: You have the right to request restrictions on how we use and disclose your health information for treatment, payment or health care operations. In most circumstances, we are not required to agree to your request. If we do agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide you emergency treatment.

To request restrictions, you must make your request in writing and submit it to our Privacy Officer at the contact information below.

If you pay for a service or health care item out-of-pocket in full, you can ask us not to share that information with your insurer for the purpose of payment or our operations. We will say “yes” unless a law requires us to share that information.

Right to Request Confidential Communications: You have the right to request that we communicate with you in a certain manner or at a certain location regarding the services you receive from us. For example, you may ask that we only contact you at a specific phone number or only by mail.

To request confidential communications, you must make your request in writing and submit it to our Privacy and Security Officer.

We will not ask you the reason for your request. We will attempt to accommodate all reasonable requests.

Right to 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 information and other health information we have about you. We will provide a copy or summary of your health information, usually within 30 days of your request. We may charge a reasonable, cost-based fee. We may require that you put your request in writing. Ask our Privacy and Security Officer how to do this.

You may also request (in writing) that we send a copy of your health information to anyone or any entity (e.g., a business, hospital, etc.) that you designate. Your written, signed request must clearly identify such designated person or entity and where you would like us to send the copy. If you request a copy of your health information, we may charge a reasonable, cost-based fee.

Right to 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 our Privacy and Security Officer how to request this. We may say no to your written request, but we will tell you why in writing within 60 days.

Aviso de prácticas de privacidad

Fecha de vigencia: 25/FEB/2023

Este aviso describe los posibles usos y divulgaciones de la información sobre su salud y cómo usted puede acceder a ella. Léalo atentamente.

ACERCA DE NOSOTROS:

En este Aviso, utilizamos términos como “nosotros”, “nos”, “nuestro” y “práctica” para referirnos a Arizona Oncology Associates, P.C. (en adelante, Arizona Oncology), sus médicos, empleados, personal y otras personas. Todos los centros y ubicaciones de Arizona Oncology siguen los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad (en adelante, el Aviso) y pueden compartir información médica entre sí con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica y para otros propósitos, como se describe en este Aviso.

PROPÓSITO DE ESTE AVISO:

Este Aviso describe cómo podemos usar y revelar su información médica para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica y para otros fines permitidos o requeridos por la ley. Este Aviso también describe nuestras obligaciones legales para proteger la privacidad de la información sobre su salud y explica sus derechos para que la información sobre su salud esté protegida. Entendemos que la información sobre su salud es personal y nos hemos comprometido a proteger su privacidad.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES:

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida. Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad descritos en este Aviso y entregarle a usted una copia. No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si usted nos autoriza, podrá cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión. También estamos obligados a notificarle de cualquier violación de la información sobre su salud no segura que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.

CÓMO PODEMOS USAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Las siguientes categorías describen ejemplos de la forma en que podemos usar y revelar información de salud sin contar con su autorización por escrito:

Para brindarle tratamiento: Podemos usar la información sobre su salud para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. También podemos compartir la información sobre su salud con otros profesionales que lo estén tratando. Por ejemplo, su información médica se compartirá con su médico y otros proveedores de atención médica que participen en su atención. Podemos compartir la información sobre su salud con otros médicos con el propósito de hacer consultas. También podemos revelar su información médica a su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica para asegurarnos de que tengan toda la información que necesitan para diagnosticarla y tratarla.

Con fines de pago: Podemos usar y revelar la información sobre su salud para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades por los artículos y servicios que le brindamos.

Por ejemplo, podemos enviarle una factura a usted, a su plan de seguro médico o a otro tercero pagador. La factura puede contener información que le identifique, su diagnóstico y el tratamiento o los suministros utilizados en el curso del tratamiento. Además, podemos informar a su plan de seguro médico acerca del tratamiento que esté a punto de recibir con el propósito de obtener la aprobación previa para dicho tratamiento o para determinar si su plan lo cubrirá.

Para operaciones de atención de la salud: Podemos usar y revelar la información sobre su salud para respaldar nuestras actividades comerciales necesarias para administrar la práctica y asegurarnos de que nuestros pacientes reciban atención de calidad.

Por ejemplo, podemos usar la información sobre su salud para actividades de evaluación de calidad, capacitación de estudiantes de medicina, otorgar credenciales necesarias y para otras actividades esenciales. También podemos revelar la información sobre su salud a terceros “socios comerciales” que realizan diversos servicios en nuestro nombre, como transcripción, facturación y cobro. En estos casos, celebraremos un acuerdo por escrito con el socio comercial para garantizar que protejan la privacidad de su información de salud en la misma medida en que nosotros la protegemos.

Sus opciones: Para cierta información de salud, usted puede optar por decirnos qué compartir. Si tiene una preferencia definida sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos qué prefiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones. En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos lo siguiente:

- Que compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Que compartamos información en una situación de socorro en caso de desastre.
- Si no puede decirnos sus preferencias, podremos proceder y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

¿DE QUÉ OTRA MANERA PODEMOS USAR O COMPARTIR LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD?

Además de las maneras mencionadas anteriormente, también se nos permite (en la medida permitida por la ley aplicable) usar y compartir la información sobre su salud sin su autorización para los siguientes propósitos:

Según lo exija la ley: Podemos usar y revelar la información sobre su salud cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales.

Responder a demandas y acciones legales: Podemos compartir la información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa o para responder a una citación.

Procesar documentos de compensación de trabajadores, aplicación de la ley y otras solicitudes del gobierno;

Podemos utilizar o revelar información sobre su salud:

- Para reclamaciones de compensación de trabajadores
- Con fines de aplicación de la ley o para un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicio militar, seguridad nacional y protección presidencial

Actividades de salud pública: Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras. Debemos cumplir con muchas condiciones de la ley antes de poder compartir su información con estos fines, incluso para ayudar con problemas de salud pública y seguridad como los siguientes:

- Prevención de enfermedades
- Reportar nacimientos o muertes
- Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Informar reacciones adversas a medicamentos
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona
- Ayudar con los retirios de productos

Donación de órganos y tejidos: Podemos usar y revelar su información médica a organizaciones de procuración de órganos.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias: Podemos usar y revelar información médica a un forense o un examinador médico. Esta divulgación puede ser necesaria para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte. También podemos revelar información médica, según sea necesario, a los directores de funerarias para ayudarles a realizar sus funciones.

Reclusos: Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, podemos revelar la información sobre su salud a la institución correccional o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley para ayudarles a proporcionar su atención médica, proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros, o para asistir a la seguridad de la institución correccional.

Investigación: Podemos usar y revelar la información sobre su salud para ciertas actividades de investigación. Por ejemplo, podríamos usar la información sobre su salud para decidir si tenemos suficientes pacientes para realizar un estudio de investigación sobre el cáncer. Para ciertas actividades de investigación, una Junta de Revisión Institucional (IRB) o una Junta de Privacidad pueden aprobar los usos y divulgaciones de la información sobre su salud.

¿CUÁNDO NECESITAMOS SU PERMISO POR ESCRITO ANTES DE USAR O COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA?

Otros usos y divulgaciones de su información médica no cubiertos por este Aviso se harán solo con su autorización por escrito. Algunos ejemplos:

Notas de psicoterapia: Por lo general, no mantenemos notas de psicoterapia sobre nuestros pacientes. Si las tenemos, solo las usaremos y revelaremos con su autorización por escrito, excepto en situaciones limitadas.

Comercialización: Solo podemos usar y revelar su información médica para fines de mercado con su autorización por escrito. Esto incluye, por ejemplo, comunicarnos con usted por cuestiones relacionadas con el tratamiento, cuando recibamos un beneficio financiero por hacerlo.

Venta de información sobre su salud: Solo podemos vender información sobre su salud con su autorización por escrito.

Actividades de recaudación de fondos: En el caso de la recaudación de fondos, podemos comunicarnos con usted como parte de las actividades de recaudación de fondos, pero usted puede decirnos que no volvamos a comunicarnos.

Si nos autoriza a usar o revelar su información médica, usted puede modificar su autorización, por escrito, en cualquier momento. Si usted modifica su autorización, ya no usaremos ni revelaremos la información sobre su salud de acuerdo con lo especificado por su anulación, excepto en la medida en que ya hayamos usado o compartido la información sobre su salud en función del permiso que nos otorgó anteriormente.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD:

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información de salud que mantenemos sobre usted:

Derecho a solicitar restricciones: Usted tiene derecho a solicitar una restricción a la información de salud que usamos o revelemos sobre usted para operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud. En la mayoría de los casos no tenemos la obligación de aceptar su solicitud. Si la aceptamos, atenderemos su solicitud a menos que la información sea necesaria para proveerle tratamiento de emergencia.

Para solicitar restricciones, usted debe presentar la solicitud por escrito y enviarla al nuestro Oficial de Privacidad utilizando la información de contacto que se indica a continuación.

Si usted paga de su bolsillo la totalidad de un servicio o artículo de atención médica, puede pedirnos que no compartamos esa información con su aseguradora con el propósito de pago o de nuestras operaciones. Atenderemos su pedido, a menos que una ley nos exija compartir esa información.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de cierta manera o en un lugar determinado con respecto a los servicios que recibe de nosotros. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted a un número de teléfono específico o solamente por correo.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer su solicitud por escrito y enviarla a nuestro Oficial de Privacidad y Seguridad.

No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Intentaremos atender todas las solicitudes razonables.

Derecho a obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico: Usted puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su información médica y otra información de salud que tengamos sobre usted. Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo. Es posible que le solicitemos que presente su solicitud por escrito. Pregunte a nuestro Oficial de Privacidad y Seguridad cómo hacerlo.

También puede solicitar (por escrito) que enviemos una copia de su información médica a cualquier persona o entidad que usted designe (por ejemplo, un negocio, hospital, etc.). Su solicitud escrita y firmada debe identificar claramente a dicha persona o entidad designada y dónde desea que enviemos la copia. Si solicita una copia de la información sobre su salud, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo.

Derecho a pedirnos que corrijamos su expediente médico: Usted puede solicitarnos que corrijamos la información sobre su salud que considere

Right to Get a List of Those With Whom We’ve Shared Information: You can ask for a list (accounting) of the times we have shared your health information in the 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). Contact our Privacy and Security Officer for more information on hot to make your request in writing.

The first accounting you request within a 12-month period will be free. For additional accountings, we may charge you a reasonable, cost-based fee. We will notify you of the costs involved and give you an opportunity to withdraw or modify your request before any costs have been incurred.

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. We will make sure the person has this authority and can act for you before we take any action.

Right to a Paper Copy of This Notice: You have the right to a paper copy of this Notice at any time, even if you previously agreed to receive this Notice electronically.

To obtain a paper copy of this Notice, please contact our Privacy and Security Officer.

You may also obtain a paper copy of this Notice at our website, <http://arizonaoncology.com/privacy-policy/>.

CHANGES TO THIS NOTICE:

We may change the terms of this Notice, and the changes will apply to all information we have about you, including health information we currently maintain, as well as any health information we receive in the future. If we make material or important changes to our privacy practices, we will promptly revise our Notice. The new Notice will be available upon request, in the patient waiting room, and on our website, <https://arizonaoncology.com/privacy-policy/>.

COMPLAINTS:

If you have any questions about this Notice or would like to file a complaint about our privacy practices, please direct your inquiries to our Privacy and Security Officer.

You may also file a complaint with the Secretary of 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/. You will not be retaliated against or penalized for filing a complaint.

QUESTIONS:

If you have questions about this Notice, please contact our Privacy and Security Officer:

Arizona Oncology
Hector Bustamante, Compliance Manager,
HIPAA Privacy and Security Officer
Address: 2625 N. Craycroft, Ste. 221, Tucson, AZ 85712
Telephone: 520-519-7745 | Fax: 520-415-7941
Email: Hector.Bustamante@usoncology.com

Arizona Oncology complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate based on race, national origin, religion, gender, sexual orientation, age, disability, marital status, or diagnosis.
Arizona Oncology cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.
Arizona Oncology no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.
ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-520-519-7745.

If you have questions about this Notice, please contact our Privacy and Security Officer:
Arizona Oncology
Hector Bustamante, Compliance Manager,
HIPAA Privacy and Security Officer
Address: 2625 N. Craycroft, Ste. 221, Tucson, AZ 85712
Telephone: 520-519-7745 | Fax: 520-415-7941
Email: Hector.Bustamante@usoncology.com

Arizona Oncology complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate based on race, national origin, religion, gender, sexual orientation, age, disability, marital status, or diagnosis.
Arizona Oncology cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.
Arizona Oncology no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.
ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-520-519-7745.

incorrecta o incompleta. Pregunte a nuestro Oficial de Privacidad y Seguridad cómo hacerlo. Podemos denegar su solicitud por escrito, pero le diremos los motivos por escrito dentro de los 60 días.

Derecho a obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información: Puede solicitar un listado (recuento) de las veces que hemos compartido su información de salud en los seis años anteriores a la fecha en que la solicitó, con quién la compartimos y por qué. Incluirémos todas las divulgaciones, excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como aquellas que nos haya solicitado). Póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad y Seguridad para obtener más información sobre cómo hacer su solicitud por escrito.

La primera contabilidad que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Para cuentas adicionales, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo. Le notificaremos los costos involucrados y le daremos la oportunidad de retirar o modificar su solicitud antes de incurrir en ningún costo.

Derecho a elegir a alguien para que actúe en su nombre: Si usted le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si se le ha asignado un tutor legal, esa persona puede ejercer los derechos que usted tenga y tomar decisiones relativas a la información sobre su salud. Nos aseguraremos de que la persona tenga realmente esa autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier medida.

Derecho a recibir una copia impresa de este Aviso: Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso en cualquier momento, aunque previamente haya aceptado recibirlo a través de un medio electrónico. Para obtener una copia impresa de este Aviso, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad y Seguridad.

Además, usted puede obtener una copia impresa de este Aviso en nuestro sitio web, <http://arizonaoncology.com/privacy-policy/>.

CAMBIOS A ESTE AVISO:

Podemos cambiar los términos de este Aviso y tales cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted, incluida la información de salud que actualmente mantenemos, así como cualquier información de salud que recibamos en el futuro. Si realizamos cambios sustanciales o importantes a nuestras prácticas de privacidad, modificaremos de inmediato nuestro Aviso. El nuevo Aviso estará disponible a solicitud, en la sala de espera de pacientes y en nuestro sitio web, <https://arizonaoncology.com/privacy-policy/>.

QUEJAS:

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o desea presentar una queja sobre nuestras prácticas de privacidad, dirija sus consultas a nuestro Oficial de Privacidad y Seguridad.

También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. No se tomarán represalias ni se le penalizará por presentar una queja.

También puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. No se tomarán represalias ni se le penalizará por presentar una queja.

PREGUNTAS:

Si tiene preguntas sobre este Aviso, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad y Seguridad:
Arizona Oncology
Hector Bustamante, Gerente de Cumplimiento, Oficial de Privacidad y Seguridad según la ley HIPAA
Dirección: 2625 N. Craycroft, Ste. 221, Tucson, AZ 85712
Teléfono: 520-519-7745 | Fax: 520-415-7941
Correo electrónico: Hector.Bustamante@usoncology.com

Arizona Oncology cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.
Arizona Oncology no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-520-519-7745.

Arizona Oncology complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate based on race, color, national origin, religion, gender, sexual orientation, age, disability, marital status, or diagnosis.
Arizona Oncology cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.
Arizona Oncology no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-520-519-7745.