

RNS Physical Therapy

645 E. New York Street
Aurora, IL 60505

4341 S. Archer Avenue
Chicago, IL 60632

Notice of Privacy Practices

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to that information

PLEASE REVIEW THIS NOTICE CAREFULLY

This Practice is committed to maintaining the privacy of your protected health information ("PHI"), which includes information about your health condition and the care and treatment you receive from the Practice. The creation of a record detailing the care and services you receive helps this office to provide you with quality health care. This Notice details how your PHI may be used and disclosed to third parties. This Notice also details your rights regarding your PHI.

CONSENT

The Practice may use and/or disclose your PHI provided that it first obtains a valid Consent signed by you. The Consent will allow the Practice to use and/or disclose your PHI for the purposes of:

Treatment – In order to provide you with the health care you require, the Practice will provide your PHI to those health care professionals, whether on the Practice's staff or not, directly involved in your care so that they may understand your health condition and needs. For example, a physician treating you for lower back pain may need to know the results of your latest physician examination by this office.

Payment – In order to get paid for services provided to you, the Practice will provide your PHI, directly or through a billing service, to appropriate third party payors, pursuant to their billing and payment requirements. For example, the Practice may need to provide the Medicare program with information about health care services that you received from the Practice so that the Practice can be properly reimbursed. The Practice may also need to tell your insurance plan about treatment you are going to receive so that it can determine whether or not it will cover the treatment expense.

Health Care Operations – In order for the Practice to operate in accordance with applicable law and insurance requirements and in order for the Practice to continue to provide quality and efficient care, it may be necessary for the Practice to compile, use and/or disclose your PHI. For example, the Practice may use your PHI in order to evaluate the performance of the Practice's personnel in providing care to you.

In the event that you request that this practice withhold information from your insurance company for a service that you paid for completely, we are required under federal law to honor that request.

Appointment Reminders - The Practice may, from time to time, contact you to provide appointment reminders or information about treatment alternatives or other health-related benefits and services that may be of interest to you. The following appointment reminders are used by the Practice:

- a) A postcard mailed to you at the address provided by you;
- b) Telephoning your home and leaving a message on your answering machine or with the individual answering the phone.

Treatment Alternatives - We may tell you about or recommend possible treatment options or alternatives that may be of interest to you.

Health-Related Products and Services - We may tell you about health-related products or services that may be of interest to you.

RNS Physical Therapy

645 E. New York Street
Aurora, IL 60505

4341 S. Archer Avenue
Chicago, IL 60632

Special Situations

The Practice may use and/or disclose your PHI, without a written Consent from you, in the following instances:

- A. De-identified Information – Information that does not identify you and, even without your name, cannot be used to identify you.
- B. Business Associate – To a business associate if the Practice obtains satisfactory written assurance, in accordance with applicable law, that the business associate will appropriately safeguard your PHI. A business associate is an entity that assists the Practice in undertaking some essential function, such as a billing company that assists the office in submitting claims for payment to insurance companies or other payers.
- C. Personal Representative – To a person who, under applicable law, has the authority to represent you in making decisions related to your health care.
- D. Emergency Situations – for the purpose of obtaining or rendering emergency treatment to you provided that the Practice attempts to obtain your Consent as soon as possible; or to a public or private entity authorized by law or by its charter to assist in disaster relief efforts, for the purpose of coordinating your care with such entities in an emergency situation.
- E. Communication Barriers – If, due to substantial communication barriers or inability to communicate, the Practice has been unable to obtain your Consent and the Practice determines, in the exercise of its professional judgment, that your Consent to receive treatment is clearly inferred from the circumstances.
- F. Public Health Activities - Such activities include, for example, information collected by a public health authority, as authorized by law, to prevent or control disease.
- G. Abuse, Neglect or Domestic Violence - To a government authority if the Practice is required by law to make such disclosure. If the Practice is authorized by law to make such a disclosure, it will do so if it believes that the disclosure is necessary to prevent serious harm.
- H. Health Oversight Activities - Such activities, which must be required by law, involve government agencies and may include, for example, criminal investigations, disciplinary actions, or general oversight activities relating to the community's health care system.
- I. Judicial and Administrative Proceeding - For example, the Practice may be required to disclose your PHI in response to a court order or a lawfully issued subpoena.
- J. Law Enforcement Purposes - In certain instances, your PHI may have to be disclosed to a law enforcement official. For example, your PHI may be the subject of a grand jury subpoena. Or, the Practice may disclose your PHI if the Practice believes that your death was the result of criminal conduct.
- K. Coroner or Medical Examiner - The Practice may disclose your PHI to a coroner or medical examiner for the purpose of identifying you or determining your cause of death.
- L. Organ, Eye or Tissue Donation - If you are an organ donor, the Practice may disclose your PHI to the entity to whom you have agreed to donate your organs.
- M. Research - If the Practice is involved in research activities, your PHI may be used, but such use is subject to numerous governmental requirements intended to protect the privacy of your PHI.
- N. Avert a Threat to Health or Safety - The Practice may disclose your PHI if it believes that such disclosure is necessary to prevent or lessen a serious and imminent threat to the health or safety of a person or the public and the disclosure is to an individual who is reasonably able to prevent or lessen the threat.
- O. Specialized Government Functions - This refers to disclosures of PHI that relate primarily to military and veteran activity.
- P. Workers' Compensation - If you are involved in a Workers' Compensation claim, the Practice may be required to disclose your PHI to an individual or entity that is part of the Workers' Compensation system.
- Q. National Security and Intelligence Activities – The Practice may disclose your PHI in order to provide authorized governmental officials with necessary intelligence information for national security activities and purposes authorized by law.
- R. Military and Veterans – If you are a member of the armed forces, the Practice may disclose your PHI as required by the military command authorities.

RNS Physical Therapy

645 E. New York Street
Aurora, IL 60505

4341 S. Archer Avenue
Chicago, IL 60632

FAMILY/FRIENDS

The Practice may disclose to your family member, other relative, a close personal friend, or any other person identified by you, your PHI directly relevant to such person's involvement with your care or the payment for your care. The Practice may also use or disclose your PHI to notify or assist in the notification (including identifying or locating) a family member, a personal representative, or another person responsible for your care, of your location, general condition or death. However, in both cases, the following conditions will apply:

- A. If you are present at or prior to the use or disclosure of your PHI, the Practice may use or disclose your PHI if you agree, or if the Practice can reasonably infer from the circumstances, based on the exercise of its professional judgment that you do not object to the use or disclosure.
- B. If you are not present, the Practice will, in the exercise of professional judgment, determine whether the use or disclosure is in your best interests and, if so, disclose only the PHI that is directly relevant to the person's involvement with your care.

AUTHORIZATION

Uses and/or disclosures, other than those described above will be made only with your written Authorization. We will not use or disclose your health information for any purpose other than those identified in the previous sections without your specific, written *Authorization*. We must obtain your *Authorization* separate from any *Consent* we may have obtained from you. If you give us *Authorization* to use or disclose health information about you, you may revoke that *Authorization*, in writing, at any time. If you revoke your *Authorization*, we will no longer use or disclose information about you for the reasons covered by your written *Authorization*, but we cannot take back any uses or disclosures already made with your permission.

YOUR RIGHTS REGARDING YOUR HEALTH INFORMATION

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

Inspect and copy your PHI as provided by law. To inspect and copy your PHI, you must submit a written request to the Practice's Privacy Officer. The Practice can charge you a fee for the cost of copying, mailing or other supplies associated with your request. In certain situations that are defined by law, the Practice may deny your request, but you will have the right to have the denial reviewed as set forth more fully in the written denial notice.

Amend your PHI as provided by law. To request an amendment, you must submit a written request to the Practice's Privacy Officer. You must provide a reason that supports your request. The Practice may deny your request if it is not in writing, if you do not provide a reason in support of your request, if the information to be amended was not created by the Practice (unless the individual or entity that created the information is no longer available), if the information is not part of your PHI maintained by the Practice, if the information is not part of the information you would be permitted to inspect and copy, and/or if the information is accurate and complete. If you disagree with the Practice's denial, you will have the right to submit a written statement of disagreement.

Request restrictions on certain use and/or disclosure of your PHI as provided by law. The Practice is obligated to agree to any requested restrictions, with limited exceptions. To request restrictions, you must submit a written request to the Practice's Privacy Officer. In your written request, you must inform the Practice of what information you want to limit, whether you want to limit the Practice's use or disclosure, or both, and to whom you want the limits to apply. If the Practice agrees to your request, the Practice will comply with your request unless the information is needed in order to provide you with emergency treatment.

Revoke any Authorization and/or Consent, in writing, at any time. To request a revocation, you must submit a written request to the Practice's Privacy Officer.

Receive confidential communications or PHI by alternative means or at alternative locations. You must make your request in writing to the Practice's Privacy Officer. The Practice will accommodate all reasonable requests.

RNS Physical Therapy

645 E. New York Street
Aurora, IL 60505

4341 S. Archer Avenue
Chicago, IL 60632

Receive an accounting of disclosures of your PHI as provided by law. To request an accounting, you must submit a written request to the Practice's Privacy Officer. The request must state a time period, which may not be longer than six (6) years and may not include dates before April 14, 2003. The request should indicate in what form you want the list (such as a paper or electronic copy). The first list you request within a twelve (12) month period will be free, but the Practice may charge you for the cost of providing additional lists. The Practice will notify you of the costs involved and you can decide to withdraw or modify your request before any costs are incurred.

Receive a paper copy of this Privacy Notice from the Practice upon request to the Practice's Privacy Officer.

Complain to the Practice or to the Secretary of HHS if you believe your privacy rights have been violated. To file a complaint with the Practice, you must contact the Practice's Privacy Officer. All complaints must be in writing. You will not be penalized for filing a complaint.

To obtain more information on, or have your questions about your rights answered, you may contact the Practice's Privacy Officer:

Privacy Officer Office for HIPAA Compliance
RNS Physical Therapy
645 East New York Street
Aurora, IL 60505
Telephone: 630-375-1604

PRACTICE'S REQUIREMENTS

The Practice:

- A. Is required by federal law to maintain the privacy of your PHI and to provide you with this Privacy Notice detailing the Practice's legal duties and privacy practices with respect to your PHI.
- B. Is required by State law to maintain a higher level of confidentiality with respect to certain portions of your medical information that is provided for under federal law.
- C. Is required to abide by the terms of this Privacy Notice.
- D. Reserves the right to change the terms of this Privacy Notice and to make the new Privacy Notice provisions effective for all of your PHI that it maintains.
- E. Is required by federal law to notify you in the event your PHI is breached.

EFFECTIVE DATE

This Notice is in effect as of 9/17/2012

RNS Physical Therapy

645 E. New York Street
Aurora, IL 60505

4341 S. Archer Avenue
Chicago, IL 60632

Aviso sobre las Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE.

Acerca de este aviso

Este Aviso le informará sobre las formas en que podemos usar y revelar la información de salud que lo identifica (“Información de Salud”). Describimos también sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto a usar y revelar la Información de Salud. La ley nos exige mantener la privacidad de la Información de Salud que lo identifica; entregarle este Aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su Información de Salud; y seguir las condiciones de nuestro Aviso que se encuentran vigentes actualmente. Este Aviso cubre las prácticas de los médicos de la facultad en (Clinic name here).

En el caso de que usted le pida que esta práctica retención de la información de su compañía de seguros para un servicio que usted pagó por completo, nos es necesario bajo la ley federal de honor esa solicitud.

Cómo podemos usar y revelar la información de salud sobre usted

Las categorías siguientes describen varias formas en las que podemos usar y revelar la Información de Salud.

Con fines de tratamiento

Podemos usar la Información de Salud sobre usted para ofrecerle tratamiento o servicios médicos. Podemos revelar Información de Salud a los médicos, las enfermeras, los técnicos, estudiantes de medicina u otro personal que participe en su cuidado. Podemos también revelar Información de Salud a personas que se encuentran fuera de (Clinic Name) que pueden participar en su cuidado médico.

Con fines de obtener pago

Podemos usar y revelar Información de Salud para facturar el costo del tratamiento y de los servicios que recibe en (clinic name) y poder cobrarle a usted, a su compañía de seguro u otro tercer pagador. Por ejemplo, puede ser necesario que le demos información sobre su tratamiento a su plan de salud para que éste pague dicho tratamiento. Podemos también informar a su plan de salud sobre un tratamiento que va a recibir para obtener aprobación previa o determinar si su plan cubrirá el tratamiento o no. En el caso de que se demore el pago de una factura, puede ser necesario que le demos Información de Salud a una agencia de cobro según sea necesario para ayudar a saldar la factura o se puede dar a conocer una deuda pendiente a las compañías de informe de crédito.

Para el manejo del cuidado de salud

Podemos usar y revelar Información de Salud para fines del manejo del cuidado de salud. Estos usos y revelaciones son necesarios para asegurarnos de que todos nuestros pacientes reciben cuidado de calidad y para fines administrativos y de manejo. Por ejemplo, podemos usar Información de Salud para revisar el tratamiento y los servicios que recibe y controlar el desempeño del personal en el cuidado que se le brinda. Podemos también revelar información a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otro personal para propósitos educativos y de aprendizaje. Las entidades y los individuos que cubre este Aviso pueden también compartir información unos con otros para propósitos de manejo conjunto del cuidado de salud.

Para recordar las citas/Alternativas de tratamiento/ Beneficios y servicios relacionados con la salud.

RNS Physical Therapy

645 E. New York Street
Aurora, IL 60505

4341 S. Archer Avenue
Chicago, IL 60632

Podemos usar y revelar Información de Salud para comunicarnos con usted y recordarle que tiene una cita para tratamiento o cuidado médico, o para informarle sobre posibles opciones o alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de interés para usted.

A los individuos que participan en su cuidado o que tienen que ver con el pago de su cuidado.

Podemos revelar Información de Salud a una persona que participa en su cuidado médico o que ayuda a pagar su cuidado, tal como un miembro de su familia o un amigo. Podemos también comunicarle a su familia dónde usted se encuentra o su estado general o revelar tal información a una entidad que brinda ayuda para aliviar una situación de desastre.

Para la investigación

Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y revelar Información de Salud para fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede consistir en comparar la salud y recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento con aquéllos que recibieron otro para el mismo problema. Sin embargo, antes de usar o revelar Información de Salud para la investigación, el proyecto se someterá a un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa el proyecto de investigación propuesto y usa la Información de Salud para sopesar los beneficios de la investigación con la necesidad de mantener la privacidad de la Información de Salud. Aún sin la aprobación especial, podemos permitir a los investigadores observar los informes para ayudarlos a identificar a los pacientes que se pueden incluir en el proyecto de investigación o para propósitos similares, siempre y cuando no retiren ni hagan copia alguna de la Información de Salud.

Cuando lo requiera la ley

Revelaremos información médica sobre usted cuando lo requieran las leyes internacionales, federales, estatales o locales.

Para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad.

Podemos usar y revelar Información de Salud cuando sea necesario para impedir una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad pública o de otra persona. Sin embargo, cualquier revelación será a alguien que pueda ayudar a impedir la amenaza.

A los asociados de negocios

Podemos revelar Información de Salud a nuestros asociados de negocios que realizan funciones en nuestro nombre o nos ofrecen sus servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Por ejemplo, podemos usar otra compañía para realizar los servicios de facturación en nuestro nombre. Todos nuestros asociados de negocios están obligados, bajo nuestro contrato, a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar ni revelar ninguna información aparte de lo que se especifica en el contrato.

Para la donación de órganos y tejidos

Si usted es un donante de órgano o tejido, podemos revelar Información de Salud a las organizaciones que manejan la adquisición de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejido o para un banco de donación de órganos, según sea necesario, para facilitar la donación y el trasplante de órgano o tejido.

A los militares y veteranos

RNS Physical Therapy

645 E. New York Street
Aurora, IL 60505

4341 S. Archer Avenue
Chicago, IL 60632

Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos revelar Información de Salud según lo requieran las autoridades del comando militar. También podemos revelar Información de Salud a la autoridad militar extranjera que corresponda si usted es un militar extranjero.

Para compensación al trabajador

Podemos revelar Información de Salud para compensación al trabajador o programas similares. Estos programas ofrecen beneficios a las personas con lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

En caso de riesgos para la salud pública

Podemos revelar Información de Salud para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen hacer revelaciones: a una persona sujeta a la jurisdicción de la Administración de Alimentos y Drogas (FDA, por sus siglas en inglés) para fines relacionados con la calidad, seguridad o eficacia de una actividad o un producto regulado por la FDA; para impedir o controlar una enfermedad, lesión o incapacidad; para informar sobre nacimientos y fallecimientos; para informar acerca de maltrato o negligencia infantil; para informar sobre reacciones a medicamentos o problemas que surjan con respecto a productos; para notificar a las personas sobre productos que se retiran del mercado que ellas pueden estar usando; con respecto a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o un problema de salud; y a la autoridad gubernamental que corresponda si pensamos que un paciente ha sido víctima de maltrato, negligencia o violencia doméstica y el paciente está de acuerdo o la ley nos exige o autoriza a efectuar tal revelación.

Para las actividades de supervisión de salud

Podemos revelar Información de Salud a una agencia de supervisión de salud para realizar actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgar licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de cuidado de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derecho civil.

En caso de demandas y disputas

Si usted está implicado en una demanda o disputa, podemos revelar Información de Salud en respuesta a una orden administrativa o de los tribunales. También podemos revelar Información de Salud en respuesta a una citación, petición de información y pruebas o a otro proceso legal de otra persona implicada en la disputa, pero sólo si se han hecho esfuerzos para comunicarle a usted acerca de la solicitud o para obtener una orden de protección para la información solicitada.

Para hacer cumplir la ley

Podemos revelar Información de Salud si lo solicita un agente del orden por las razones siguientes: en respuesta a una orden de los tribunales, orden de comparecencia, orden judicial, cita-ción o proceso similar; para brindar información limitada para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo sustancial o persona desaparecida; para ofrecer información sobre la víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona; para dar información sobre una muerte que pensamos pueda ser resultado de conducta criminal; para proporcionar información sobre conducta criminal en nuestro recinto; y en circunstancias de emergencia informar acerca de un crimen, el lugar del crimen o la ubicación de las víctimas, o la identidad, descripción o localización de la persona que cometió el crimen.

Para la Seguridad Nacional, Actividades de Inteligencia y Servicios de Protección.

RNS Physical Therapy

645 E. New York Street
Aurora, IL 60505

4341 S. Archer Avenue
Chicago, IL 60632

Podemos revelar Información de Salud a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contra-inteligencia y otras relacionadas con la seguridad nacional autorizadas por la ley. Podemos también revelar Información de Salud a funcionarios federales autorizados para que puedan llevar a cabo investigaciones especiales y ofrecer protección al Presidente, otras personas autorizadas y jefes de estado extranjeros.

A los funcionarios encargados de investigar las causas de muertes violentas, repentinas o sospechosas, médicos forenses y directores de funerarias

Podemos revelar Información de Salud a funcionarios encargados de investigar las causas de muertes violentas, repentinas o sospechosas, médicos forenses, o directores de funerarias para que puedan llevar a cabo sus deberes.

A los presos

Si usted es un preso en un correccional o está bajo la custodia de un agente del orden, podemos dar a conocer Información de Salud a dicho funcionario o al personal del correccional. Esta Información de Salud se daría a conocer si es necesario (1) que la institución le ofrezca cuidado de salud; (2) proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) la seguridad y protección del correccional.

Cómo enterarse acerca de las protecciones especiales para el VIH, consumo de sustancias controladas y alcohol, enfermedad mental e información genética

Se aplican protecciones especiales para mantener la privacidad de la información relacionada con el VIH, el consumo de sustancias controladas y el alcohol, la salud mental y la información genética. Algunas partes de este Aviso general sobre las Prácticas de Privacidad pueden no corresponder a este tipo de información. Si su tratamiento tiene que ver con esta información, usted puede comunicarse con el Agente de Privacidad para saber más sobre las protecciones.

Otros usos de la Información de Salud

Si se llegara a usar o revelar la Información de Salud de alguna forma que no esté cubierta por este Aviso o las leyes que nos atañen, esto sólo se hará con su permiso por escrito. Usted puede revocar su permiso en cualquier momento presentando una solicitud escrita al Agente de Privacidad, excepto hasta el punto en que hemos actuado basándonos en su permiso.

Sus derechos en cuanto a la información de salud sobre usted

Usted tiene los siguientes derechos, sujeto a ciertas limitaciones, con respecto a la Información de Salud que mantenemos sobre usted:

Derecho a revisar y copiar

Usted tiene derecho a revisar y copiar la Información de Salud que se puede usar para tomar decisiones sobre su cuidado o el pago de su cuidado. Podemos cobrarle por los gastos de las copias, el envío por correo u otros materiales relacionados con su solicitud.

Derecho a solicitar enmiendas

Si piensa que la Información de Salud que tenemos es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que corriamos la información y debe decirnos la razón de su solicitud. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda por el tiempo durante el cual la información sea mantenida por o para Columbia. La solicitud de enmiendas se debe enviar, por escrito, al Agente de Privacidad a la dirección que aparece al final de este aviso.

Derecho a solicitar una relación de las revelaciones.

RNS Physical Therapy

645 E. New York Street
Aurora, IL 60505

4341 S. Archer Avenue
Chicago, IL 60632

Usted tiene derecho a solicitar una “relación de las revelaciones” sobre la Información de Salud. Ésta es una lista de ciertas revelaciones que hacemos de la Información de Salud. La primera lista que solicite en un período de 12 meses es gratis. Si solicita listas adicionales, podemos cobrarle por el costo de proporcionarle esta lista.

Derecho a limitar las solicitudes

Usted tiene derecho a solicitar que se limite la Información de Salud que usamos o revelamos para el tratamiento, los pagos o el manejo de cuidado de salud. También tiene derecho a solicitar que se limite la Información de Salud que revelamos sobre usted a cualquier persona que participe en su cuidado o en el pago de su cuidado, tal como un miembro de su familia o un amigo. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con la misma a menos que terminemos nuestro acuerdo o la información se necesite para ofrecerle tratamiento de emergencia.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.

La práctica está obligado a aceptar cualquier pedido las restricciones, con excepciones limitadas. Para solicitar restricciones, usted debe presentar una solicitud por escrito a la práctica Oficial de Privacidad. En su solicitud por escrito, debe informar a la práctica de la información que desea limitar, si usted desea limitar la práctica de uso o divulgación, o ambos, y a quién desea que se apliquen los límites. Por ejemplo, puede solicitar que sólo nos comuniquemos con usted por correo o en el trabajo. Su solicitud debe especificar cómo o dónde usted desea ser localizado.

Derecho a solicitar una copia en papel de este Aviso.

Usted tiene derecho a solicitar una copia en papel de este Aviso, aún si ha estado de acuerdo en recibirlo por vía electrónica. Puede solicitar una copia de este Aviso en cualquier momento. Puede obtener una copia de este Aviso en nuestro sitio web: www.nuestraclinica.com.

Cómo puede hacer uso de sus derechos.

Para hacer uso de los derechos descritos en este Aviso, envíe su solicitud, por escrito, a la dirección del Agente de Privacidad que aparece al final de éste. Otra posibilidad, para hacer uso de sus derechos para revisar y copiar la Información de Salud, es comunicarse directamente con la consulta de su médico. Para obtener la copia en papel del Aviso, comuníquese con el Agente de Privacidad por teléfono o correo.

Cambios a este Aviso

Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso. Nos reservamos el derecho de aplicarle el Aviso revisado o modificado a la Información de Salud que ya tenemos así como a cualquier información que recibamos en el futuro. Fijaremos una copia del Aviso actual en cada consulta médica o centro para pacientes externos de Columbia y en nuestro sitio web. Al final de este Aviso se colocará la fecha en que entra en vigor el mismo.

Quejas

Si piensa que sus derechos a la privacidad han sido violados, puede presentar una queja a Nuestra Clinicas o a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services). Para presentar una queja a Nuestra Clinicas, comuníquese con nuestro Agente de Privacidad a la dirección que aparece al final de este aviso. No será penalizado por presentar una queja.

RNS Physical Therapy

645 E. New York Street
Aurora, IL 60505

4341 S. Archer Avenue
Chicago, IL 60632

REQUISITOS DE LA PRÁCTICA

La práctica:

- Se requiere por ley federal a mantener la privacidad de su información y para proporcionarle este Aviso de Privacidad detalla la práctica de obligaciones legales y prácticas de confidencialidad con respecto a su información.
- Puede ser requerido por la ley estatal para mantener un alto nivel de confidencialidad con respecto a determinadas partes de su información médica que se presta para bajo la ley federal.
- Se reserva el derecho de cambiar los términos de este Aviso de privacidad y hacer que el nuevo Aviso de Privacidad disposiciones eficaces para toda la información personal que se mantiene.
- Es obligatorio por ley federal para notificar al usuario en caso de que su información de salud protegida es violada.

Preguntas

Si tiene una pregunta acerca de este Aviso Sobre la Privacidad, por favor comuníquese con:

Privacy Officer Office for HIPAA Compliance

**RNS Physical Therapy
645 East New York Street
Aurora, IL 60505
Teléfono: 630-375-1604**

Fecha en que entra en vigor: Septiembre 10, 2012

Fecha de revisión: Septiembre 10, 2012