

## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

This Notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review it carefully.

---

**This Notice describes the privacy practices of Bone and Joint Institute of Tennessee and the physicians who provide services to patients at this clinic.**

### Patient Health Information

Under federal law, your patient health information is protected and confidential. Patient health information includes information about your symptoms, test results, diagnosis, treatment, and related medical information. Your health information also includes payment, billing, and insurance information.

### How We Use Your Patient Information

We use health information about you for treatment, to obtain payment, and for health care operations, including administrative purposes and evaluation of the quality of care that you receive. Under some circumstances, we may be required to use or disclose the information even without your consent. Bone and Joint Institute of Tennessee and the physicians who practice at the hospital are part of an Organized Health Care Arrangement ("OHCA"), which is defined as a clinically-integrated care setting in which individuals typically receive healthcare from more than one healthcare provider. The OHCA allows Bone and Joint Institute of Tennessee and the physicians who practice at the clinic to share information for purposes of treatment, payment, and health care operations.

### Examples of Treatment, Payment, and Health Care Operations

**Treatment:** We will use and disclose your health information to provide you with medical treatment or services. For example, nurses, physicians, and other members of your treatment team will record information in your record and use it to determine the most appropriate course of care. We may also disclose the information to other health care providers who are participating in your treatment, to pharmacists who are filling your prescriptions, and to family members who are helping with your care, including for continuing treatment and post-discharge.

**Payment:** We will use and disclose your health information for payment purposes. For example, we may need to obtain authorization from your insurance company before providing certain types of treatment. We will submit bills and maintain records of payments from your health plan.

**Health Care Operations:** We will use and disclose your health information to conduct our standard internal operations, including proper administration of records, evaluation of the quality of treatment, and to assess the care and outcomes of your case and others like it.

**Video Surveillance:** Some areas are equipped with video surveillance equipment for security which may be used in certain circumstances.

### Other Uses and Disclosures

As permitted by law, we may disclose vital statistics, diseases, information related to recalls of dangerous products, and similar information to public health authorities.

~ **Required by Law:** We may be required by law to report gunshot wounds, suspected abuse or neglect, or similar injuries and events.

~ **Public Health Activities:** As required by law, we may disclose vital statistics, diseases, information related to recalls of dangerous products, and similar information to public health authorities.

~ **Health oversight:** We may be required or permitted to disclose information to assist in investigations and audits, eligibility for government programs, and similar activities.

~ **Judicial and administrative proceedings:** We may disclose information in response to an appropriate subpoena or court order.

~ **Law enforcement purposes:** Subject to certain restrictions, we may disclose information required by law enforcement officials.

~ **Deaths:** We may report information regarding deaths to coroners, medical examiners, funeral directors, and organ donation agencies.

~ **Serious threat to health or safety:** We may use and disclose information when necessary to prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of the public or another person.

~ **Military and Special Government Functions:** If you are a member of the armed forces, we may release information as required by military command authorities. We may also disclose information to correctional institutions or for national security purposes.

~ **Research:** We may use or disclose information for approved medical research.

~ **Workers Compensation:** We may release information about you for workers compensation or similar programs providing benefits for work-related injuries or illness.

~ **Fund raising:** We may give your name and certain other information to the Williamson Medical Foundation or Bone and Joint Institute of Tennessee Foundation as permitted by applicable law.

However, you will be provided with an opportunity to opt out of receiving any fund-raising communications. You may contact the Williamson Medical Foundation or Bone and Joint Institute of Tennessee Foundation for information on how to opt out of receiving fund raising material.

Under limited circumstances, we may disclose information to notify or locate your relatives or to assist disaster relief agencies.

In any other situation, we will ask for your written authorization before using or disclosing any identifiable health information about you. If you choose to sign an authorization to disclose information, you can later revoke that authorization to stop any future uses and disclosures

### Individual Rights

You have the following rights with regard to your health information.

Please contact the person listed below to obtain the appropriate forms for exercising these rights.

**Request Restrictions:** We will limit disclosure, use, and request of identifiable health information, to the extent practicable, to a limited data set or to the minimum amount necessary to accomplish the intended purpose of such use, disclosure, or request. However, you have the right to request that we restrict the use and disclosure of identifiable health information about you. We must comply with your requested restriction if, except as otherwise required by law, the disclosure is to a health plan for purposes of carrying out payment or health care operations (and is not for purposes of carrying out treatment); and the identifiable health information pertains solely to a health care item or service for which the health care provider involved has been paid out of pocket in full. Otherwise, we are not required to agree to your requested restrictions, but if we do agree, we must abide by those restrictions unless otherwise required by law. You may request a restriction by writing the Contact Person identified below.

**Confidential Communications:** You may ask us to communicate with you confidentially by, for example, sending notices to a special address or not using postcards to remind you of appointments.

**Inspect and Obtain Copies:** In most cases, you have the right to look at or get a copy of your health information. There may be a small charge for the copies.

**Amend Information:** If you believe that information in your record is incorrect, or if important information is missing, you have the right to request that we correct the existing information or add the missing information.

**Accounting of Disclosures:** You may request a list of instances where we have disclosed health information about you for reasons other than treatment, payment, or health care operations. We will not solicit or receive any remuneration in exchange for your health information or sale your health information unless you expressly authorize us to do so or unless such is otherwise permitted by law. We will not utilize your health information in marketing efforts unless you expressly authorize us to do so or unless such is otherwise permitted by law. We will not use or disclose your psychotherapy notes, if any, unless you expressly authorize us to do so or unless such is otherwise permitted by law.

We are required by law to protect and maintain the privacy of your health information, to provide this Notice about our legal duties and privacy practices regarding protected health information, and to abide by the terms of the Notice currently in effect. In the case of a breach of unsecured health information, we shall notify you in the event your identifiable health information has been accessed, acquired, or disclosed as a result of a breach unless, after conducting an appropriate risk assessment, we reasonably believe that there is a low probability that your health information has been compromised. All notifications required under this paragraph shall be made to you without unreasonable delay and in no case later than sixty (60) calendar days after the discovery of a breach.

You are entitled to receive such notice in the following form: (1) written notification by first-class mail at your last known address, or, if you specify as a preference, by electronic mail; (2) in the case in which there is insufficient, or out-of-date contact information (including a phone number, email address, or any other form of appropriate communication) that precludes direct written notification to you, you shall be provided a substitute form of notice, including, a conspicuous posting on the home page of the our web site or notice in major print of broadcast media.

Such a notice in media or web posting will include a toll-free number where you can learn whether or not your unsecured health information is possibly included in a breach; (3) in urgent circumstances, we, in addition to written notification, may provide you information by telephone or other means, as appropriate. We shall also provide notice to prominent media outlets following the discovery of a breach involving unsecured identifiable health information or more than 500 individuals.

Regardless of the method by which notice is provided to you, you are entitled to a notification including, to the extent possible, the following information; (1) a brief description of what happened, including the date of the breach and the date of the discovery of the breach, if known; (2) a description of the types of unsecured health information that were involved in the breach (such as your name, Social Security number, date of birth, home address, account number, or disability code); (3) the steps you should take to protect yourself from potential harm resulting from the breach; (4) a brief description of what we are doing to investigate the breach, to mitigate losses, and to protect against any further breaches; and (5) contact procedures for you to ask questions or learn additional information, which shall include a toll-free number, an e-mail address, web site, or postal address. We shall also provide notice to the Secretary of the Department of Health and Human Services of any breach that requires us to notify you pursuant to this paragraph.

### Changes in Privacy Practices

We may change our policies at any time. Before we make a significant change in our policies, we will change our Notice and post the new Notice in the admissions area. You have the right to obtain a paper copy of this Notice upon request. For more information about our privacy practices, contact the person listed below.

### Complaints

If you are concerned that we have violated your privacy rights, or if you disagree with a decision we made about your records, you may contact the person listed below. You also may send a written complaint to the U.S. Department of Health and Human Services. The person listed below will provide you with the appropriate address upon request. You will not be penalized in any way for filing a complaint.

### Contact Person

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

Williamson Medical Center  
Privacy Officer  
4321 Carothers Parkway  
Franklin, TN 37067  
(615) 435-5760

**Effective Date:** The effective date of this Notice is March 1, 2020

---

## NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

La presente notificación describe el modo en que su información médica puede ser usada y divulgada y cómo puede acceder usted a esta información. Por favor, léala detenidamente.

La presente notificación describe las prácticas de privacidad del Bone and Joint Institute of Tennessee y de los médicos que prestan servicios a los pacientes en este clinic.

### Información médica del paciente

De conformidad con las disposiciones de la ley federal, su información médica como paciente está protegida y se considera confidencial. La información médica del paciente incluye datos sobre sus síntomas, resultados de análisis, diagnóstico, tratamiento e información médica relacionada. Su información médica también incluye los datos de pago, facturación y seguro.

### Cómo usamos su información como paciente

Usamos su información médica para el tratamiento, para obtener los pagos y para actividades de atención médica, incluso con fines administrativos y de evaluación de la calidad de servicios que usted recibe. En ciertas circunstancias, pueden solicitarnos que usemos o divulguemos información incluso sin su consentimiento. Williamson Medical Center y los médicos que ejercen en este clinic forman parte de los Arreglos de Atención Médica Organizada (OHCA), lo cual se define como un ambiente de atención clínica integrada en la cual los pacientes reciben atención de más de un profesional médico. La OHCA permite a Williamson Medical Center y a los médicos que allí ejercen compartir información para propósitos de dar atención, tratamiento, pago u operaciones de cuidado médico.

Ejemplos de actividades de tratamiento, pago y atención médica.

**Tratamiento:** usaremos y divulgaremos su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, las enfermeras, médicos y otros miembros de su equipo terapéutico asentarán información en sus registros y la usarán para determinar el curso de tratamiento más apropiado. También podemos divulgar la información a otros proveedores de atención médica que estén participando en su tratamiento, a los farmacéuticos que preparen las recetas y a los miembros de su familia que participan en su atención, incluso para continuar con el tratamiento después del alta.

**Pago:** usaremos y divulgaremos su información médica con fines de pago. Por ejemplo, tal vez necesitemos obtener la autorización de su compañía de seguros antes de suministrar ciertos tipos de tratamiento. Presentaremos facturas y llevaremos registros de los pagos de su plan médico.

**Actividades de atención médica:** utilizaremos y divulgaremos su información médica para realizar nuestras operaciones internas convencionales, incluso la adecuada administración de registros, evaluación de la calidad de tratamiento y para evaluar la atención y los resultados de su caso y otros similares.

**La Vigilancia video:** Algunas áreas se equipan con el equipo video de la vigilancia para la seguridad que se puede utilizar en ciertas circunstancias.

### Otros usos y divulgaciones

Según lo permita la ley, podremos dar a conocer estadísticas vitales, enfermedades, información relacionada con la recogida de productos peligrosos e información similar a las autoridades públicas.

- Por exigencia de la ley: por ley podemos estar obligados a denunciar heridas de bala, presunto maltrato o negligencia, o lesiones y eventos similares.
- ~ Actividades de salud pública: conforme lo exija la ley, podemos divulgar datos estadísticos vitales, enfermedades, información referida a retiros preventivos del mercado de productos peligrosos a información similar a las autoridades de salud pública.
- ~ Supervisión médica: pueden requerirnos o permitirnos que divulguemos información para colaborar en investigaciones y auditorias, para admisibilidad en programas de gobierno y actividades similares.
- ~ Procedimientos judiciales y administrativos: podemos revelar información para responder apropiadamente a un citatorio u orden judicial.
- ~ Aplicación de las leyes: con sujeción a ciertas restricciones, podemos divulgar la información requerida por los funcionarios encargados de la aplicación de las leyes.
- ~ Fallecimiento: podemos revelar información referida a los fallecimientos a los forenses, examinadores médicos, directores de funerarias y agencias encargadas de la donación de órganos.
- ~ Amenaza seria a la salud o seguridad: podemos usar y revelar información cuando fuera necesario para evitar una amenaza seria a su salud o seguridad o a la salud o seguridad pública o de otra persona.
- ~ Funciones de gobierno especiales y fuerzas armadas: si fuera miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información según nos lo requieran las autoridades del comando militar. También podemos divulgar información a las instituciones correccionales o con fines de seguridad nacional.
- ~ Investigación: podemos usar o divulgar información para una investigación médica aprobada.
- ~ Indemnización laboral: podemos divulgar información sobre usted en relación con la indemnización laboral o programas similares; que brinden beneficios por enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.
- ~ Recaudación de fondos: podemos revelar su nombre a la Williamson Medical Foundation [Fundación médica Williamson] o Bone and Joint Institute of Tennessee Foundation, según lo permita la ley. Sin embargo, se le dará la oportunidad de optar por no recibir ninguna comunicación para la recaudación de fondos. Usted puede comunicarse con Williamson Medical Center Foundation o Bone and Joint Institute of Tennessee Foundation para información sobre su opción de no recibir material de la fundación.

En circunstancias limitadas, podemos divulgar información para notificar o localizar a sus parientes o para colaborar con las agencias socorristas en caso de catástrofes. En cualquier otra situación, podemos pedirle su autorización por escrito antes de usar o divulgar cualquier información médica identificable sobre usted. Si prefiere firmar una autorización para la divulgación de información, más adelante puede revocar tal autorización para impedir otros usos y divulgaciones futuras.

### Derechos individuales

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica. Por favor, comuníquese con la persona identificada más adelante a fin de obtener los formularios adecuados para ejercer estos derechos.

**Solicitar restricciones:** Limitaremos las divulgaciones, usos y solicitud de su información médica hasta el punto que sea práctico, limitándose a ciertos datos o a la cantidad mínima necesaria de datos para cumplir con tal uso, divulgación requerida o solicitud. Sin embargo, usted tiene derecho a solicitar que se restringa el uso o divulgación de su información médica identificable. Es nuestro deber cumplir con su solicitud de restricción, en la medida que lo permita la ley, si se trata de la compañía de seguros con el propósito de pago de atención médica o actividades de salud ( si no es para propósitos de recibir tratamiento) y la información médica identificable corresponde solamente al tratamiento o servicios del proveedor

por el cual se ha recibido el pago total de parte del paciente. De no ser por estos motivos, no estamos en capacidad de cumplir con su solicitud de restricción de información, mas debemos regirnos por lo requerido por la ley. Usted puede hacer su solicitud por escrito a la persona a continuación.

**Comunicaciones confidenciales:** puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted en forma confidencial, por ejemplo, enviando notificaciones a una dirección especial o pidiéndonos que no usemos tarjetas para recordarle las citas pendientes.

**Inspección y obtención de copias:** en la mayoría de los casos, tiene derecho a revisar o solicitar una copia de su información médica. Podemos cobrarle un pequeño cargo por dichas copias.

**Enmienda de la información:** si usted cree que la información que consta en sus registros es incorrecta o si faltaran datos importantes, tiene derecho a solicitar que corrijamos los datos existentes o que agreguemos los que faltan.

**Detalle de las divulgaciones:** puede solicitar un listado de los casos en los que hubiéramos divulgado información médica sobre usted por motivos ajenos al tratamiento, pago o actividades de atención médica.

Nuestro clinic no recibe ni solicita remuneración por facilitar su información médica, a menos que usted nos autorice a hacerlo y siempre y cuando esté permitido por la ley, a menos que usted lo autorice expresamente hacerlo o si es permitido por la ley. No utilizaremos su información médica para esfuerzos de mercadeo, a menos que usted lo autorice expresamente o que esté permitido por la ley. No revelaremos sus notas de psicoterapia, de haberlas, a menos que usted lo autorice expresamente o que esté permitido por la ley.

La ley nos exige proteger y mantener confidencial su información médica, suministrarle esta notificación sobre nuestras responsabilidades y por las prácticas de esta notificación con respecto a la privacidad de la información médica protegida y regirnos por los términos de esta notificación en efecto.

En caso de que se violara la seguridad de la información médica protegida, deberemos notificarle si existiera sospecha razonable de que se hubiera tenido acceso a su información médica identificable o si se hubiese obtenido o divulgado como resultado de esta violación en la seguridad y, si creemos que dicha acción pudiera representar algún riesgo en sus finanzas, reputación o daños de cualquier otra índole. Todas las notificaciones exigidas en este párrafo se deberán hacer con prontitud y en un lapso no mayor a sesenta (60) días después de haberse descubierto la violación a la seguridad.

Usted tiene derecho a recibir esta notificación en los siguientes formatos: (1) notificación por escrito por correo en primera clase a la dirección mas reciente que nos haya proporcionado, o especificada como dirección preferida, o por correo electrónico, (2) en caso que no se tenga suficiente información de contacto o si no estuviera actualizada (lo que incluye al número de teléfono, dirección de correo electrónico o cualquier otra forma apropiada de comunicación) que permita la comunicación directa con usted, se proporcionará una forma de notificación substituta, lo que pudiera incluir una notificación en nuestro sitio web o un anuncio en medios impresos de comunicación importantes. Esta notificación en los medios impresos o en el sitio web deberá incluir un número telefónico al que se puede llamar gratis y en donde se le informará si existe la posibilidad de haber habido acceso a su información médica como resultado a la violación de la seguridad de la información. (3) en circunstancias urgentes, además de la notificación escrita, pudiéramos suministrar la información por teléfono o cualquier otro medio que sea apropiado. Además, podemos suministrar información a otros medios importantes cuando exista la sospecha de que se han violado las normas de seguridad de la información médica identificable o información de más de 500 personas.

Usted tiene derecho a recibir la siguiente notificación, independientemente del método que se utilice para hacerlo, siempre que sea posible: (1) una descripción breve de lo que sucedió, lo que incluye la fecha en que se violó la seguridad de la información y la fecha en que se descubrió dicha violación, si se conociera, (2) descripción de los tipos de información médica involucrados en la violación de seguridad de la información (por ejemplo; nombre, número de seguro social, fecha de nacimiento, dirección postal de su domicilio, número de cuenta o código de incapacidad), (3) los pasos que debe tomar para protegerse de posibles daños resultantes de esta violación de seguridad, (4) una breve descripción de las investigaciones a realizarse para mitigar los daños y evitar que se repita el incidente y (5) formas de contacto para que haga sus preguntas o reciba información adicional, lo que deberá incluir un número de llamada gratis, correo electrónico, sitio web o dirección postal. También deberemos suministrar información al Ministerio de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) sobre las violaciones de seguridad ocurridas que requieran notificarle a usted como indicado en este párrafo.

### Cambios en las prácticas de privacidad

Podemos modificar nuestras políticas en cualquier momento. Antes de implementar un cambio importante en las políticas, enmendaremos nuestra Notificación y anunciaremos la nueva en el área de admisión. Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de esta Notificación a solicitud. Para mayor información sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con la persona indicada más abajo.

### Quejas

Si le preocupara la posibilidad de que hubiéramos violado sus derechos de privacidad o si no estuviera de acuerdo con una decisión que hubiésemos tomado sobre sus registros, puede comunicarse con la persona que indicamos más adelante. También puede presentar una queja por escrito ante el Ministerio de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services). La persona identificada más adelante le suministrará la dirección apropiada si usted se la solicita. No se lo sancionará de ninguna manera por presentar una queja.

### Persona de contacto

Si desea plantear alguna pregunta, solicitud o queja, comuníquese con:

Stephenie Layne  
Privacy Officer  
4321 Carothers Parkway  
Franklin, TN 37067  
(615) 435-5760

Fecha efectiva: La fecha efectiva de este Aviso es Marzo 1, 2020