

YOUR HEALTH INFORMATION RIGHTS

Although your health record is the physical property of Gastroenterology Specialists of Orlando, P.A., the information belongs to you. You have certain rights with respect to your information as described below. If you wish to exercise your rights, you may complete preprinted forms at registration or you may write directly to the Privacy Officer.

- 1. Right to request a restriction on certain uses and disclosures of your information.** You have the right to request a restriction or limitation on the health information we use or disclose about you for treatment, payment, or health care operations. You also have the right to request a limit on the health information we disclose about you to someone, such as a family member or friend, who is involved in your care or in the payment of your care. For example, you could ask that we not use or disclose information regarding a particular treatment that you received. We are not required to agree to your request. If we do agree, that agreement must be in writing and signed by you and us.
- 2. Right to request confidential communications.** You have the right to request that we communicate with you about medical matters in a certain manner or at a certain location. For example, you may request that we limit our communications with you to contact at work or at home. Your request must be in writing, as described above, and must specify the manner in which or the location at which you wish to be contacted. All reasonable requests will be accommodated.
- 3. Right to inspect and/or request a copy of your health record.** You have the right to inspect and/or receive copy any medical information maintained about you that may be used to make decisions about your care. Typically, this will include your medical and billing records but does not include psychotherapy notes.

In order to inspect and/or receive a copy of your medical information, you must submit your request, in writing to the Privacy Officer. We may charge a reasonable fee for this service based on our cost of complying.

In very limited circumstances, we may deny your request to inspect and/or receive a copy of your information. However, if your request is denied, in some cases you may request that the denial be reviewed. Such reviews are performed by an independent licensed healthcare professional chosen by the Privacy Officer. We will comply with the outcome of the review.
- 4. Right to request an amendment to your health record.** If you believe the information we maintain about you is incorrect or incomplete, you may request that we amend the information. In order to request an amendment, you must submit a written request, as described above, indicating the

specific information you wish to be amended and providing the reason supporting the request. Failure to put your request in writing or provide supporting reasoning is likely to result in a denial of your request.

We may also deny your request if you ask us to amend information that:

- Is accurate and complete.
 - Is not part of the information which you would be permitted to inspect or receive a copy.
 - Is not part of the medical information maintained by Gastroenterology Specialists of Orlando, P.A.
 - Was not created by us, unless the individual or organization that created the information is no longer available to make the amendment.
- 5. Right to obtain an accounting of disclosures of your health information.** You have the right to request an accounting of disclosures, which is a list of certain disclosures of your medical information made by Gastroenterology Specialists of Orlando, P.A. other than disclosures allowed or required by law or authorized by you. The request for this accounting must be submitted in writing as described above. Your request must include the time period for which you are requesting an accounting, which may not exceed six years and not include dates prior to April 14, 2003. Fees may be imposed as allowed by law.
 - 6. Right to obtain a copy of this Notice of Information Practices upon request.** We will post a copy of the current Notice in our facilities. A copy of the current Notice in effect will be available at the reception area of each facility.

COMPLAINTS OR CONCERNS

You may contact the Privacy Officer if you have a question about this privacy Notice or about your privacy rights. You should also contact the Privacy Officer if you have a complaint or concern that your rights have been violated.

You may also write to the Secretary of Health and Human Services.

Gastroenterology Specialists of Orlando, P.A.

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Effective Date: April 14, 2003

This Notice describes how health information about you or your child (herein after referred to as “you” or “your”) may be used and disclosed and how you can access this information. Please review it carefully.

If you have any questions about this Notice, please contact our Privacy Officer at: 100 West Gore Street, Suite 201, Orlando, FL 32806 or call at 407-245-3124

OUR COMMITMENT TO YOUR PRIVACY

We understand that information about you and your health is very personal and we are committed to protecting the privacy of this information. Each time you visit Gastroenterology Specialists of Orlando, P.A. we create a record of the care and services you receive. This record is necessary to provide you with high quality care and to ensure we are in compliance with certain legal requirements. This Notice applies to all of your health information in our custody.

This Notice will describe the ways in which we may use and disclose your medical information. We reserve the right to change the terms of this Notice at any time. Any revision to this Notice will be applicable to all medical information we already have about you, as well as any of your medical information that we may receive, create, or maintain in the future. We will post a copy of our current Notice in prominent locations in each of our practice locations. A copy of the current Notice in effect will be available from the practice receptionist.

HOW WE MAY USE AND DISCLOSE HEALTH INFORMATION ABOUT YOU

The following categories describe different ways that we use your health information within **Gastroenterology Specialists of Orlando, P.A.** and disclose your health information to persons and entities outside of Gastroenterology Specialists of Orlando, P.A. Each description is of a category of uses or disclosures. We have not listed every use or disclosure within the categories, but all permitted uses and disclosures will fall within one of the following categories.

Treatment - We may use health information about you to provide you with medical treatment and services. We may disclose health information about you to doctors, nurses, technicians, medical students, interns, or other personnel who are involved in taking care of you during your visit with us.

Payment - We may use and disclose health information about you so the treatment and services you receive at Gastroenterology Specialists of Orlando, P.A. may be billed to and payment collected from you, an insurance company or a third party. This may also include the disclosure of health information to obtain prior authorization for treatment and procedures from your insurance plan.

Healthcare Operations - We may use and disclose health information about you for healthcare operations, including quality assurance activities; granting medical staff credentials to physicians; administrative activities, including Gastroenterology Specialists of Orlando, P.A. financial and business planning and development; customer service activities, including investigation of complaints; and certain marketing and fund-raising activities, etc. These uses and disclosures are necessary for Gastroenterology Specialists of Orlando, P.A. to ensure all of our patients receive quality care.

Appointment Reminders. We may use your health information to contact you as a reminder that you have an appointment for treatment or medical care.

Research That Doesn't Involve Your Treatment. When a research study does not involve any treatment, we may disclose your health information to researchers when an Institutional Review Board has reviewed the research proposal, has established appropriate protocols to ensure the privacy of your health information, and has approved the research.

Family Members and Friends. We may disclose your health information to individuals, such as family members and friends, who are involved in your care or who help pay for your care. We may make such disclosures when: (a) we have your verbal agreement to do so; (b) we make such disclosures and you do not object; or (c) we can infer from the circumstances that you would not object to such disclosures. For example, if family members are in the exam room with you, we will assume that you agree to our disclosure of your information in their presence.

We also may disclose your health information to family members or friends in instances when you are unable to agree or object to such disclosures, provided that we feel it is in your best interests to make such disclosures and the disclosures relate to that family member or friend's involvement in your care. For example, if you present to our clinic with an emergency medical condition, we may share information with the family member or friend that comes with you to our clinic. We also may share your health information with a family member or friend who calls us to request a prescription refill for you.

SPECIAL SITUATIONS THAT DO NOT REQUIRE YOUR AUTHORIZATION

The following disclosures of your health information are permitted by law without any oral or written permission from you:

Organ and Tissue Donation - If you are an organ donor, we may release health information to organizations that handle organ procurement or organ, eye or tissue transplantation, or to an organ donation bank as necessary to facilitate organ or tissue donation and transplantation.

Military and Veterans - If you are a member of the armed forces, we may release health information about you as required by military command authorities.

Worker's Compensation - We may release health information about you for worker's compensation or similar programs if you have a work related injury. These programs provide benefits for work related injuries.

Averting a Serious Threat to Health or Safety - We may use and/or disclose health information about you when necessary to prevent a serious threat to your health or safety or the health and safety of another person or the public. These disclosures would be made only to someone able to help prevent the threat.

Public Health Activities - We may disclose health information about you for public health activities. These generally include the following:

- To prevent or control disease, injury or disability.
- To report births and deaths.
- To report child abuse or neglect.
- To report reactions to medications, problems with products or other adverse events.
- To notify people of recalls of products they may be using.
- To notify a person who may have been exposed to a disease or may be at risk for contracting or spreading a disease or condition.
- To notify the appropriate government authority if we believe a patient has been the victim of abuse (including child abuse), neglect or domestic violence. We will only make this disclosure if you agree or when required or authorized by law.

Health Oversight Activities - We may disclose health information to a health oversight agency for activities authorized by law. These oversight activities include audits, investigations, inspections and licensure. These activities are necessary for the government to monitor the healthcare system, government programs and compliance with civil rights laws.

Lawsuits and Disputes - If you are involved in a lawsuit or a dispute, we may disclose health information about you in response to a court or administrative order. We may disclose health information about you in response to a subpoena,

discovery request or other lawful process by someone else involved in the dispute.

Law Enforcement - We may disclose health information if asked to do so by law enforcement officials for the following reasons:

- In response to a court order, subpoena, warrant, summons or similar process.
- To identify or locate a suspect, fugitive, material witness or missing person.
- About the victim of a crime if, under certain circumstances, we are unable to obtain the person's agreement.
- About a death we believe may be the result of a criminal conduct.
- About criminal conduct at our facility.
- In emergency circumstances to report a crime, the location of the crime or victims, or the identity, description or location of the person who committed the crime.

Coroners, Medical Examiners and Funeral Home Directors

- We may disclose health information to a coroner or medical examiner. This may be necessary to identify a deceased person or determine the cause of death of a person. We may also release health information about patients at our facility to funeral home directors as necessary to carry out their duties.

National Security and Intelligence Activities - We may disclose health information about you to authorized federal officials for intelligence, counterintelligence and other national security activities authorized by law.

Inmates - If you are an inmate of a correctional institution or under custody of a law enforcement official, we may disclose health information about you to the correctional institution or the law enforcement official. This is necessary for the correctional institution to provide you with healthcare, to protect your health and safety and the health and safety of others, or for the safety and security of the correctional institution

Legal Requirements - We will disclose health information about you without your permission when required to do so by federal, state or local law.

WITH YOUR SPECIFIC WRITTEN "AUTHORIZATION"

Other uses and disclosures of health information not covered by this Notice or the laws that apply to us will be made only with your written permission (called "authorization"). If you authorize us 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 health information about you for the reasons covered by your written authorization. You understand that we are unable to take back any disclosures we have already made with your permission, and that we are required to retain our records of the care that we provided to you.

Sus derechos para la informacion

De la salud

Aunque su expediente medico es propiedad de Alex Menendez, M.D., P.A., la informacion le pertenece a usted. Usted tiene ciertos derechos a su informacion como describimos abajo. Si usted desea ejercer sus derechos, debe completar unas formas al registrarse o puede escribir directamente al Oficial de la Privacidad.

- 1. El derecho de solicitar una restriccion en el uso y divulgacion de su informacion.** Usted tiene el derecho de solicitar una limitacion o restriccion en la informacion de la salud que usamos o divulgamos para el uso de tratamiento, pagos, o el funcionamiento del cuidado de la salud. Tambien usted tiene el derecho de limitar la divulgacion de su informacion de la salud a otra persona, tal como un miembro de su familia o amigo, aquel que este envuelto en su cuidado o en el pago de su cuidado. Por ejemplo, usted podria pedirnos que no divulguemos o usemos la informacion de un tratamiento en especifico que haya recibido. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Si nosotros aceptaramos, el acuerdo tiene que ser por escrito y firmado por usted y nosotros.
- 2. El derecho de solicitar comunicaciones privadas** Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de alguna cuestion medica en cierta manera o en cierta localidad. Por ejemplo, usted puede limitarnos a comunicarnos con usted a su trabajo o a su hogar. Su solicitud tiene que ser por escrito, como describimos anteriormente, y tiene que especificar la manera de comunicacion o la localidad a la cual usted quiere ser contactado. Toda solicitud razonable sera complacida.
- 3. El derecho de inspeccionar y/o solicitar una copia de su expediente medico.** Usted tiene el derecho de solicitar una inspeccion y/o una copia de cualquier informacion medica conservada acerca de usted para tomar desiciones acerca de su cuidado. Tipicamente, esto incluira su expediente medico y de facturas pero no incluye notas psicoterapeutas.

En orden de inspeccionar y/o recibir copias de su informacion medica, usted tiene que someter una solicitud, por escrito a el oficial de la Privacidad. Nosotros cobraremos por cargos de copias basado en nuestro costo.

En circunstancias bien limitadas, podriamos denegar su solicitud de inspeccionar y/o copiar su informacion. De cualquier modo, si su solicitud es denegada, en algunos casos usted puede solicitar una revision. Tales revisiones son representadas por un profesional de la salud independiente con licencia escogido por el Oficial de la Privacidad. Nosotros accederemos con los resultados de la revision.

- 4. El derecho de solicitar una enmienda de su expediente medico.** Si usted cree que nosotros mantenemos una informacion incorrecta o incompleta acerca de usted, usted puede solicitar que nosotros enmendamos su informacion. En orden de solicitar una enmienda, tiene que someterlo por escrito, como se describe arriba, indicando la

informacion especifica que usted desea que sea enmendada y proveyendo una razon que soporte su solicitud. Incumplimiento de su solicitud o una razon valida, su solicitud podria ser denegada.

Nosotros podemos denegar su solicitud si usted solicita una enmienda a:

- A Algo que esta completado y exacto.
 - No sea parte de la informacion que usted permitio ser inspeccionada o de recibir una copia.
 - No sea parte de la informacion mantenida por Alex Menendez, M.D., P.A.
 - No fue creada por nosotros, a menos que un individuo o una organizacion creo la informacion y no esta disponible mas para hacer una enmienda.
- 5. Derecho de obtener una contabilidad de revelaciones de su informacion medica.** Usted tiene el derecho de solicitar una contabilidad de revelaciones, la cual es una lista de ciertas revelaciones de su informacion medica hechas por Alex Menendez, M.D., P.A. permitidas o requeridas por usted o requeridas por la ley. La solicitud de esta contabilidad se requiere por escrito como descrito anteriormente. Su solicitud debe incluir el periodo de tiempo por el cual usted desea la contabilidad, lo cual no puede exceder de seis anos y no incluye fechas antes de Abril 14, 2003. Se impondran cargos como requerido por la ley.
 - 6. El derecho de obtener una copia de este Aviso de Informacion de las Practicas una vez solicitada.** Nosotros pondremos una copia actual del Aviso en nuestras facilidades. Una copia del Aviso actual en efecto estara disponible en la recepcion en cada una de las facilidades.

RECLAMACIONES O PREOCUPACIONES

Usted puede llamar al Oficial de la Privacidad si tiene una pregunta acerca de este Aviso o acerca de sus derechos. Tambien puede llamar al Oficial de la Privacidad si tiene alguna preocupacion o reclamo por alguna violacion de sus derechos.

Alex Menendez, M.D., P.A. Avis de las practicas de la Privacidad

Fecha vigente: 14 de Abril, 2003

Este aviso describe como la informacion de la salud acerca de usted o su hijo (en esto se refiere a ti o a los tuyos) es usada o divulgada y como puedes tener acceso a esta informacion. Favor de revisarlo cuidadosamente.

Si tiene alguna pregunta acerca de este Aviso, favor de contactar a nuestro Oficial de la Privacidad al: 100 West Gore Street, Suite 201 Orlando, Fl. 32806 o llame al 407-245-3124.

Nuestro compromiso con su Privacidad

Nosotros entendemos que informacion acerca de usted y de su salud es bien personal y nosotros nos comprometemos a protegerla. Cada vez que usted visite Alex Menendez, M.D., P.A... creamos un historial por los servicios y cuidado que usted recibe. Este historial es necesario para proveerle con un servicio de excelencia y asegurarnos que cumplamos con los requisitos de la ley. Este Aviso aplica a toda su informacion de la salud que esta en nuestra custodia.

Este Aviso describe como usamos o divulgamos su informacion medica. Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso en cualquier momento. Cualquier revision a este Aviso sera aplicable a toda informacion que tenemos de usted como tambien cualquier informacion que podamos recibir, producir o mantener en el futuro. Nosotros pondremos una copia corriente de nuestro Aviso en cada una de nuestras facilidades. Una copia corriente del Aviso estara disponible en nuestra recepcion.

Como usamos o divulgamos la informacion de la salud acerca de usted

Las siguientes categorias describen diferentes formas de como en Alex Menendez, M.D., P.A. usamos y divulgamos su informacion de la salud a personas o entidades fuera de Alex Menendez, M.D., P.A. Cada descripcion es de una categoria de usos o divulgaciones. No hemos listado cada uso o divulgacion dentro de las categorias, pero todos los usos y divulgaciones permitidas estaran dentro de las siguientes categorias.

Tratamiento- Nosotros usaremos informacion de salud acerca de usted para proveerlo con servicios medicos y tratamiento. Divulgaremos informacion de salud acerca de usted a doctores, enfermeras, tecnicos, estudiantes de medicina, interinos, u otro personal envuelto en su cuidado durante su visita.

Pagos- Nosotros usaremos y divulgaremos su informacion de salud acerca de usted de tal manera el tratamiento y los servicios que usted recibe en Alex Menendez, M.D., P.A. puedan ser facturado o colectemos un pago de usted, una compania de seguros o un grupo tercero. Esto tambien incluye la divulgacion de informacion de salud para obtener previas autorizaciones para tratamiento y procedimientos de su seguro medico.

Administraciones de cuidado de la salud- Nosotros usaremos y divulgaremos informacion de la salud acerca de usted a administraciones del cuidado de la salud, incluyendo actividades de calidad garantizadas; otorgando credenciales medicos a doctores; actividades administrativas, incluyendo el plan y desarrollo de finanzas y negocios de Alex Menendez, M.D., P.A.; actividades de servicio al cliente, incluyendo investigacion de quejas; y ciertas actividades de mercadeo y recaudacion de fondos, etc. Estos usos y divulgaciones son necesarias para Alex Menendez, M.D., P.A. para asegurarnos darles a nuestros pacientes un servicio de calidad.

Recordatorio de citas- Nosotros podriamos usar su informacion de salud para contactarlo a usted para recordarle de su cita para tratamiento o cuidado medico.

Investigaciones que no envuelven su tratamiento- Cuando un estudio de investigaciones no envuelve cualquier tratamiento, nosotros podriamos divulgar su informacion de salud a investigadores cuando un directorio institucional de reviso ha revisado la propuesta de investigacion, ha establecido protocolos apropiados para asegurar la privacidad de su informacion de salud, y ha aprobado la investigacion.

Miembros de la familia y amigos- Nosotros podriamos divulgar su informacion de salud a individuos tales como miembros de familia o amigos, quien este envuelto en su cuidado o le ayude a pagar por su cuidado. Nosotros podriamos hacer tales divulgaciones cuando: (a) tenemos su acuerdo verbal para hacerlo, (b) hacemos tales divulgaciones y usted no se opone, o (c) podemos inferir de circunstancias que usted no puede objetar a esas divulgaciones. Por ejemplo, si miembros de la familia estan con usted en el cuarto de examinacion, nosotros asumimos que usted esta de acuerdo de que nosotros hablemos sobre su informacion en la presencia de ellos.

Tambien podemos divulgar su informacion de salud a miembros de familia o amigos en instancias cuando usted no este dispuesto a objetar o a estar de acuerdo a tales divulgaciones, proveyendo que creamos que es en su mejor bienestar dar su informacion a sus miembros de la familia envueltos en cuidado. Por ejemplo, Su usted se presenta a nuestra clinica con una condicion de emergencia, nosotros podemos compartir informacion con el miembro de la familia o amigo que venga con usted. Tambien podemos compartir informacion con un miembro de la familia que llame para pedir un relleno de su receta medica.

Situaciones especiales donde no necesitamos su autorizacion

Las siguientes divulgaciones de su informacion de la salud son permitidas por la ley sin tener su consentimiento verbal o escrito:

Donante de tejidos y organos- Si usted es un donante de organos, podemos revelar su informacion a organizaciones que manejen la obtencion de organos o transplante de organo, ojos, o tejidos, o a un banco de donacion de organo facilitandole organos o tejidos para donacion y transplantes.

Veteranos y militares- Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos revelar su informacion de salud como requerido por un comando militar.

Compensacion por trabajo- Podemos revelar su informacion de salud a compensacion por trabajo u otro programa similar si usted ha tenido un accidente en su trabajo.

Previniendo una amenaza seria a su salud o seguridad- Podemos usar o revelar su informacion de salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria a su salud o seguridad o la salud o seguridad de otra persona o del publico. Estas revelaciones se haran solamente a la persona que este envuelto para prevenir la amenaza.

Actividades de salud publica- **Podemos revelar su informacion de salud para actividades de salud publica. Estas generalmente incluyen:**

- Para prevenir o controlar enfermedades, accidentes o incapacidad.
- Para reportar nacimiento y muertes.
- Para reportar abuso o negligencia de ninos.
- Para reportar reacciones a medicamentos, problemas con productos u otros eventos adversos.
- Para notificar cuando un producto que esta usando esta siendo retirado.
- Para notificar una persona que ha estado expuesta a una enfermedad o podria estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condicion.
- Para notificar a las autoridades de gobierno si creemos que un paciente ha sido victima de abuso (incluyendo abuso de ninos), violencia domestica o negligencia. Haremos esta revelacion solamente si usted lo acepta o es requerido por la ley.

Actividades de vigilancia de la salud- Podemos revelar su informacion de salud a una agencia de vigilancia para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de vigilancia incluyen intervenciones, investigaciones, inspecciones y licencia.

Estas actividades son necesarias para monitorear el sistema de salud, programas de gobierno y conformes con los derechos civiles.

Demandas y disputas- Si usted esta envuelto en una demanda o una disputa, podemos revelar informacion respondiendo a una orden de corte. Podemos revelar su informacion de salud con una supina, u otros procesos legales por alguien envuelto en la disputa.

Ejecucion de la ley- Podemos revelar informacion de salud si asi se nos hace hacer por oficiales de la ley por las siguientes razones:

- En respuesta a una orden de corte, supina, orden judicial, citacion judicial, o procesos similares.
- Para identificar o localizar un sospechoso, fugitivo, testigo, o persona perdida.
- Acerca de una victima de un crimen, si no podemos encontrar el acuerdo.
- Acerca de una muerte que creamos fue el resultado de un acto criminal.
- Acerca de un acto de conducta criminal en nuestra facultad.
- En circunstancias de emergencia para reportar un crimen, la localidad o victimas, o la identidad, descripcion de una persona que cometa un crimen.

Pesquicidor, examinadores medicos y directores de casas funerarias- Podemos revelar su informacion de salud a pesquicidores, o examinadores medicos. Esto podria ser necesario para identificar la causa una persona fallecida o determinar la causa de muerte. Tambien podemos revelar informacion de salud acerca de pacientes de nuestra facultad a directores de casas funerarias como necesario para ejercer sus obligaciones.

Actividades de inteligencia y seguridad nacional- Podemos revelar informacion de salud acerca de usted a oficiales federales de inteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley.

Presidiario- Si usted es un presidiario de una institucion correccional o bajo custodia de oficiales de la ley, podemos revelar informacion acerca de ti. Esto es necesario para la institucion correccional para proveerte con cuidado medico, proteger tu salud y seguridad y la salud y seguridad de otros, o por la seguridad de la institucion correccional.

Requerimientos legales- Podemos revelar su informacion de salud sin su autorizacion cuando es requerido por la ley federal, estatal, o local.

Con su "autorizacion" especifica por escrito-

Otros usos o revelaciones de informacion de la salud no cubiertas por este Aviso o las leyes que aplican a nosotros seran hechas solamente con su permiso por escrito (llamado autorizacion). Si usted nos autoriza a revelar informacion de salud acerca de usted, usted puede revocar la autorizacion en cualquier momento. Si revoca la autorizacion, no revelaremos su informacion de salud por las razones en su solicitud. Usted entiende que no podemos devolver lo que hemos hecho con su permiso, y requerimos retener nuestros expedientes.