

## Patient Bill of Rights & Information

This notice is effective March 1, 2026.

As a state licensed outpatient surgery center and in accordance with state and federal regulations, Connecticut Orthopaedic Specialists Outpatient Surgical Center ("Center") ensures that all patients are properly informed about the following information prior to their scheduled surgical procedure.

- ◆ **Patient Rights and Responsibilities** ◆ **Grievance Procedures** ◆ **Advance Directives**
- ◆ **Anti-Discrimination Policy** ◆ **HIPAA Privacy Practices** ◆ **Physician Ownership**

### PATIENT RIGHTS

#### Patients have the right to:

- Considerate, dignified, and respectful care in a safe, comfortable environment.
- Personal privacy and confidentiality.
- Be free from all forms of abuse or harassment.
- Know the names of the health care providers furnishing care to you and their role in your care and the right to change providers if other qualified providers are available.
- Treatment by compassionate, skilled, qualified health professionals.
- Be informed about and participate in your care and treatment planning.
- Make informed decisions about your medical care, including the right to accept or refuse medical or surgical treatment.
- Timely information regarding Center policy that may limit its ability to implement a legally valid advance directive.
- Be free from discrimination or reprisal.
- Evaluation, service and/or referral as indicated by the urgency of the case.
- To be transferred to another healthcare facility when medically necessary with explanation concerning this need, its risks and alternatives, as well as acceptance by the receiving institution in advance of such transfer.
- Consent or decline to participate in proposed research studies or human experimentation affecting care or treatment.
- Review and obtain copies of your medical records.
- Receive treatment in an environment that is sensitive to your beliefs, values and culture.
- Be informed about the care you will need after discharge.
- The right to know your physician may have ownership in the Center.
- The right to file a verbal and/or written grievance as outlined in the Grievance Policy.
- To be fully informed about your treatment and the expected outcomes and potential risks of your procedure.
- If a patient is determined to be incompetent under applicable state law, the rights of the patient are exercised by the person appointed under state law to act on that patient's behalf, or if a state court has not adjudged a patient incompetent, any legal representative or surrogate designated by the patient in accordance with state law may exercise the patient's rights to the extent allowed by state law.

### PATIENT RESPONSIBILITIES

#### Patients have the responsibility to:

- Give us complete and accurate information about your medical history, including all prescription and nonprescription medications you are taking.
- Tell us what you need. If you do not understand your care plan, ask questions.
- Be part of your care.
- To arrange for a responsible adult to provide transportation home and to remain with you for 24 hours after your procedure.
- To follow up on your doctor's instruction, take medication when prescribed, to make and keep follow-up appointments as directed, and ask questions concerning your own health care as necessary.
- To fully participate in decisions involving your own health care and to accept the consequences of these decisions if complications occur.
- If you are not satisfied with your care, please tell us how we can improve.
- Be respectful and considerate of the rights of other patients, families, visitors, and Center personnel.
- Give us any insurance information we need to help get your bill paid and fulfill financial obligations to the Center. Any verification of benefits, if provided, has been provided as a courtesy to you. This is not a guarantee of payment. Insurance benefits can sometimes be quoted incorrectly. We strongly recommend that you contact your health plan to verify your insurance information and benefits before your procedure.

## GRIEVANCE PROCEDURE

Please contact the following with any concerns or complaints related to your experience at the Center. Complaints are reviewed and acted upon as they are received.

### Administrator:

Tomas Veiga  
203.483.2024  
TVeiga@ct-ortho.com  
84 North Main Street Branford, CT 06405

The patient, family member, and visitor to the Center may contact the following if not satisfied with the outcome of their complaint:

### Connecticut Department of Public Health

410 Capitol Avenue  
Hartford, CT 06134-0308  
1.800.509.7400  
TTY 860.509.7179

### Medicare Ombudsman

1-800-633-4227  
<https://www.cms.gov/center/special-topic/ombudsman/medicare-beneficiary-ombudsman-home>

### Accreditation Association for Ambulatory Health Care

Phone: 847-853-6060 • Email: [info@aaahc.org](mailto:info@aaahc.org)

## ADVANCE DIRECTIVES

The Center will always attempt to resuscitate a patient and will transfer that patient to a hospital in the event their condition deteriorates. The Center will make every reasonable attempt to obtain and file in the patient's medical record copies of the following existing documents:

- Appointment of a Health Care Representative
- Living Will and Health Care Instructions
- Documentation of Anatomical Gift
- Conservator of the Person for My Future Incapacity

If an emergency transfer occurs, all pertinent chart information will be copied and sent with the patient to the hospital, including the patient's information regarding Advance Directives, if given to the facility by the patient on admission.

## ANTI-DISCRIMINATION POLICY

The Center does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of race, religion, color, national origin, age, disability, marital status, gender identity, or sex.

The Center provides free aids and services for disabilities as follows:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (such as large print or electronic formats)

The Center provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

**ATTENTION:** Language assistance services, free of charge, are available to you.

Call (888) 808-9008.

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

Llame al (888) 808-9008.

**ATENÇÃO:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para (888) 808-9008.

Patients who believe that the Center has failed to provide these services may file a complaint either in person or by mail, fax, or email. The complaint should be filed with the Center Administrator, whose contact information is listed in the Grievance Procedure Section.

Patients can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights.

### U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

## HIPAA PRIVACY PRACTICES

The Center has adopted a Patient Privacy Plan to comply with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA"), as amended, including by the Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act, and applicable security and privacy regulations, as well as our duty to protect the confidentiality, appropriate accessibility, and integrity of confidential medical information as required by law, professional ethics, and accreditation requirements. This policy applies to all personnel of the Center.

If you feel that your privacy or access protections have been violated, you may submit a written complaint with the Center or with the Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights.

**THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION PLEASE REVIEW CAREFULLY**

The Center and its employees are dedicated to maintaining the privacy of your personal health information ("PHI"), as required by applicable

federal and state laws. These laws require us to provide you with this Notice of Privacy Practices, and to inform you of your rights and our obligations concerning Protected Health Information, or PHI, which is information that identifies you and that relates to your physical or mental health condition.

### **Permitted Disclosures of PHI. We may disclose your PHI for the following reasons:**

1. **Treatment** We may disclose your PHI to a physician or other health care provider providing treatment to you.
2. **Payment** We may disclose your PHI to bill and collect payment for the services we provide to you. We may need to disclose this information to insurance companies to establish insurance eligibility benefits for you. We may also provide your PHI to our business associates, such as billing companies, claims processing companies and others that process our health care claims.
3. **Health Care Operations** We may disclose your PHI in connection with our health care operations. Health care operations include quality assessment activities, reviewing the competence or qualifications of health care professionals, evaluating provider performance, and other business operations. For example, we may use your PHI to evaluate the performance of the health care services you received and how we can improve our services.
4. **Emergency Treatment** We may disclose your PHI if you require emergency treatment or are unable to communicate with us.
5. **Family and Friends** We may disclose your PHI to a family member, friend or any other person who you identify as being involved with your care or payment for care, unless you object.
6. **Required by Law** We may disclose your PHI for law enforcement purposes and as required by state or federal law. For example, the law may require us to report instances of abuse, neglect, or domestic violence; to report certain injuries such as gunshot wounds; or to disclose PHI to assist law enforcement in locating a suspect, fugitive, material witness or missing person. We will inform you or your representative if we disclose your PHI because we believe you are a victim of abuse, neglect, or domestic violence, unless we determine that informing you or your representative would place you at risk. In addition, we must provide PHI to comply with an order in a legal or administrative proceeding. Finally, we may be required to provide PHI in response to a subpoena discovery request or other lawful process, but only if efforts have been made, by us or the requesting party, to contact you about the request or to obtain an order to protect the requested PHI.
7. **Serious Threat to Health or Safety** We may disclose your PHI if we believe it is necessary to avoid a serious threat to the health and safety of you or the public.
8. **Public Health** We may disclose your PHI to public health or other authorities charged with preventing or controlling disease, injury, or disability, or charged with collecting public health data.
9. **Health Oversight Activities** We may disclose your PHI to a health oversight agency for activities authorized by law. These activities include audits; civil, administrative, or criminal investigations or proceedings; inspections; licensure or disciplinary actions; or other activities necessary for oversight of the health care system, government programs and compliance with civil rights laws. We may also de-identify health information in accordance with applicable law. After the information is de-identified, it is no longer subject to this notice and it may be used for any lawful purposes.
10. **Research** We may disclose your PHI for certain research purposes, but only if we have protections and protocols in place to ensure the privacy of your PHI.
11. **Workers' Compensation** We may disclose your PHI to comply with laws relating to workers' compensation or other similar programs.
12. **Specialized Government Activities** If you are active military or a veteran, we may disclose your PHI as required by military command authorities. We may also be required to disclose PHI to authorized federal officials for the conduct of intelligence or other national security activities.
13. **Organ Donation** If you are an organ donor, or have not indicated that you do not wish to be a donor, we may disclose your PHI to organ procurement organizations to facilitate organ, eye or tissue donation and transplantation.
14. **Coroners, Medical Examiners, Funeral Directors** We may disclose your PHI to coroners or medical examiners for the purposes of identifying a deceased person or determining the cause of death, and to funeral directors as necessary to carry out their duties.
15. **Disaster Relief** Unless you object, we may disclose your PHI to a governmental agency or private entity (such as FEMA or Red Cross) assisting with disaster relief efforts.

### **YOUR RIGHTS WITH RESPECT TO YOUR PHI**

1. **Right to Receive a Paper Copy of This Notice.** You have the right to receive a paper copy of this Notice upon request.
2. **Right to Access PHI.** You have the right to inspect and copy your PHI for as long as we maintain your medical record. You may also request an electronic copy of your medical record. You must make a written request for access to the Privacy Officer at the address listed at the end of this Notice. We may charge you a reasonable fee for the processing of your request and the copying of your medical record pursuant to state law. In certain circumstances we may deny your request to access your PHI, and you may request that we reconsider our denial. Depending on the reason for the denial, another licensed health care professional chosen by us may review your request and the denial.

3. **Right to Request Restrictions.** You have the right to request a restriction on the use or disclosure of your PHI for the purpose of treatment, payment, or health care operations, except for in the case of an emergency. You also have the right to request a restriction on the information we disclose to a family member or friend who is involved with your care or the payment of your care. However, we are not legally required to agree to such a restriction.
4. **Right to Restrict Disclosure for Services Paid by You in Full.** You have the right to restrict the disclosure of your PHI to a health plan if the PHI pertains to health care services for which you paid in full directly to us.
5. **Right to Request Amendment.** You have the right to request that we amend your PHI if you believe it is incorrect or incomplete, for as long as we maintain your medical record. We may deny your request to amend if (a) we did not create the PHI, (b) is not information that we maintain, (c) is not information that you are permitted to inspect or copy (such as psychotherapy notes), or (d) we determine that the PHI is accurate and complete.
6. **Right to an Accounting of Disclosures.** You have the right to request an accounting of disclosures of PHI made by us (other than those made for treatment, payment, or health care operations purposes) during the 6 years prior to the date of your request. You must make a written request for an accounting, specifying the time period for the accounting, to the Privacy Officer at the address listed at the end of this Notice.
7. **Right to Confidential Communications.** You have the right to request that we communicate with you about your PHI by certain means or at certain locations. For example, you may specify that we call you only at your home phone number, and not at your work number. You must make a written request, specifying how and where we may contact you, to the Privacy Officer listed at the address listed at the end of this Notice.
8. **Right to Notice of Breach.** You have the right to be notified if we or one of our business associates become aware of a breach of your unsecured PHI.
9. **Changes to this Notice.** We reserve the right to change this Notice at any time in accordance with applicable law. Prior to a substantial change to this Notice related to the uses or disclosures of your PHI, your rights, or our duties, we will revise and distribute this Notice.

## ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE

We may ask you to sign an acknowledgment that you received this Notice.

## QUESTIONS AND COMPLAINTS

If you would like more information about our privacy practices or have questions or concerns, please contact us. If you are concerned that we may have violated your privacy rights, or you disagree with a decision we made regarding the use, disclosure, or access to your PHI, you may complain to us by contacting the Privacy/Compliance Officer at the address and phone number at the end of this Notice. You also may submit a written complaint to the U.S. Department of Health and Human Services. We will provide you with the address to file such a complaint upon request.

We support your right to the privacy of your PHI. We will not retaliate in any way if you choose to file a complaint with us or with the U.S. Department of Health and Human Services.

**Please direct any of your questions or complaints to:**

**Privacy Officer:**

Tomas Veiga  
203.483.2024

TVeiga@ct-ortho.com  
84 North Main Street Branford, CT 06405

## Carta e información sobre los derechos del paciente

Este aviso está vigente a partir del 1 de marzo de 2026

Como centro de cirugía ambulatoria con licencia estatal y de acuerdo con las regulaciones estatales y federales, Connecticut Orthopaedic Specialists Outpatient Surgical Center ("Centro") garantiza que todos los pacientes estén debidamente informados sobre la siguiente información antes de su procedimiento quirúrgico programado.

- ◆ **Derechos y responsabilidades del paciente** ◆ **Procedimientos de quejas** ◆ **Directivas anticipadas**
- ◆ **Política contra la discriminación** ◆ **Prácticas de privacidad de HIPAA** ◆ **Propiedad del médico**

### DERECHOS DEL PACIENTE

#### Los pacientes tienen derecho a:

- Atención considerada, digna y respetuosa en un ambiente seguro y cómodo.
- Privacidad personal y confidencialidad.
- Estar libres de toda forma de abuso o acoso.
- Conocer los nombres de los proveedores de atención médica que le brindan atención y su papel en su atención y el derecho a cambiar de proveedor si hay otros proveedores calificados disponibles.
- Recibir tratamiento de parte de profesionales de la salud compasivos, capacitados y calificados.
- Informarse y participar en su atención y planificación del tratamiento.
- Tomar decisiones informadas sobre su atención médica, incluido el derecho a aceptar o rechazar el tratamiento médico o quirúrgico.
- Información oportuna sobre la política del Centro que puede limitar su capacidad para implementar una directiva anticipada legalmente válida.
- Estar libres de discriminación o represalias.
- Evaluación, notificación o derivación según lo indique la urgencia del caso.
- Ser trasladado a otro centro de atención médica cuando sea médicamente necesario con explicación sobre esta necesidad, sus riesgos y alternativas, así como la aceptación por parte de la institución receptora antes de dicho traslado.
- Consentimiento o negativa a participar en estudios de investigación propuestos o experimentación humana que afecten la atención o el tratamiento.
- Revisar y obtener copias de sus expedientes médicos.
- Recibir tratamiento en un ambiente sensible a sus creencias, valores y cultura.
- Recibir información sobre la atención que necesitará después del alta.
- El derecho a saber que su médico puede ser propietario del Centro.
- El derecho a presentar una queja verbal o escrita como se describe en la Política de quejas.
- Estar completamente informado sobre su tratamiento y los resultados esperados y los posibles riesgos de su procedimiento.
- Si se determina que un paciente es incompetente según la ley estatal aplicable, los derechos del paciente son ejercidos por la persona designada bajo la ley estatal para actuar en nombre de ese paciente, o si un tribunal estatal no ha declarado incompetente a un paciente, cualquier representante legal o sustituto designado por el paciente de acuerdo con la ley estatal puede ejercer los derechos del paciente en la medida permitida por la ley estatal.

### RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

#### Los pacientes tienen la responsabilidad de:

- Darnos información completa y precisa sobre sus antecedentes médicos, incluyendo todos los medicamentos con y sin receta que esté tomando.
- Decirnos lo que necesita. Si no entiende su plan de atención, hacer preguntas.
- Ser parte de su atención.
- Hacer arreglos para que un adulto responsable proporcione transporte a casa y permanezca con usted durante 24 horas después de su procedimiento.
- Dar seguimiento a las instrucciones de su médico, tomar los medicamentos cuando se los receten, hacer y mantener las citas de seguimiento según las indicaciones y hacer preguntas sobre su propia atención médica según sea necesario.
- Participar plenamente en las decisiones que involucran su atención médica y aceptar las consecuencias de estas decisiones si ocurren complicaciones.
- Si no está satisfecho con su atención, decirnos cómo podemos mejorar.
- Ser respetuoso y considerado con los derechos de otros pacientes, familias, visitantes y personal del Centro.
- Darnos cualquier información sobre seguros que necesitemos para ayudarlo a pagar su factura y cumplir con sus obligaciones financieras con el Centro. Cualquier verificación de beneficios, si se proporciona, se le ha dado como cortesía. Esto no es una garantía de pago. Los beneficios del seguro a veces se pueden cotizar incorrectamente. Le recomendamos encarecidamente que se comunique con su plan de salud para verificar la información y los beneficios de su seguro antes de su procedimiento.

## PROCEDIMIENTO DE QUEJAS

Póngase en contacto con la siguiente persona si tiene alguna duda o queja relacionada con su experiencia en el Centro. Las quejas se revisan y se actúa en consecuencia a medida que se reciben.

### Administrador:

Tomas Veiga  
203.483.2024

TVeiga@ct-ortho.com  
84 North Main Street Branford, CT 06405

El paciente, familiar y visitante del Centro pueden comunicarse con los siguientes si no están satisfechos con el resultado de su queja:

### Departamento de Salud Pública de Connecticut

410 Capitol Avenue  
Hartford, CT 06134-0308  
1.800.509.7400  
TTY 860.509.7179

### Ombudsman de Medicare

1-800-633-4227  
<https://www.cms.gov/center-special-topic/ombudsman/medicare-beneficiary-Ombudsman-Home>

### Asociación de Acreditación para la Atención Médica Ambulatoria

Teléfono: 847-853-6060 • Correo electrónico:  
[info@aaahc.org](mailto:info@aaahc.org)

## DIRECTIVAS ANTICIPADAS

El Centro siempre intentará resucitar a un paciente y lo trasladará a un hospital en caso de que su afección empeore. El Centro hará todo lo posible para obtener y archivar en el expediente médico del paciente copias de los siguientes documentos existentes:

- Nombramiento de un representante de atención médica
- Testamento vital e instrucciones de atención médica
- Documentación de donación anatómica
- Curador de la persona para mi incapacidad futura

Si se produce un traslado de emergencia, se copiará toda la información pertinente de la historia clínica y se enviará con el paciente al hospital, incluida la información del paciente relativa a las voluntades anticipadas, si el paciente las entregó al centro en el momento del ingreso.

## POLÍTICA CONTRA LA DISCRIMINACIÓN

El Centro no discrimina, excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, religión, color, origen nacional, edad, discapacidad, estado civil, identidad de género o sexo.

El Centro proporciona ayudas y servicios gratuitos para discapacidades de la siguiente manera:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas
- Información en otros formatos (como letra grande o formatos electrónicos)

El Centro ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas **ATTENTION:** Language assistance services, free of charge, are available to you.

Call (888) 808-9008.

**ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.**

Llame al (888) 808-9008.

**ATENÇÃO:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para a (888) 808-9008.

Los pacientes que creen que el Centro no ha proporcionado estos servicios pueden presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. La queja debe presentarse ante el administrador del Centro, cuya información de contacto se enumera en la Sección de Procedimiento de quejas.

Los pacientes también pueden presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles.

### Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

## PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

El Centro ha adoptado un Plan de privacidad del paciente para cumplir la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), en su versión modificada, incluida por la Ley de Tecnología de la Información Médica para la Salud Económica y Clínica, y la normativa aplicable en materia de seguridad y privacidad, así como nuestro deber de proteger la confidencialidad, la accesibilidad adecuada y la integridad de la información médica confidencial, tal como exigen la ley, la ética profesional y los requisitos de acreditación. Esta política se aplica a todo el personal del Centro.

Si cree que se han infringido sus protecciones de privacidad o acceso, puede presentar una queja por escrito ante el Centro o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALA DETENIDAMENTE.**

El Centro y sus empleados están dedicados a mantener la privacidad de su información personal de salud (personal health information, PHI), según lo exigen las

leyes federales y estatales aplicables. Estas leyes exigen que le proporcionemos este Aviso de prácticas de privacidad y que le informemos sobre sus derechos y nuestras obligaciones con respecto a la Información médica protegida, o PHI, que es información que lo identifica y que se relaciona con su afección de salud física o mental.

### **Divulgaciones permitidas de PHI. Podemos divulgar su PHI por las siguientes razones:**

1. **Tratamiento** Podemos divulgar su PHI a un médico u otro proveedor de atención médica que le brinde tratamiento.
2. **Pago** Podemos divulgar su PHI para facturar y cobrar el pago por los servicios que le brindamos. Es posible que necesitemos divulgar esta información a las compañías de seguros para establecer los beneficios de elegibilidad de seguro para usted. También podemos proporcionar su PHI a nuestros socios comerciales, como compañías de facturación, compañías de procesamiento de reclamos y otros que procesan nuestros reclamos de atención médica.
3. **Operaciones de atención médica** Podemos divulgar su PHI en relación con nuestras operaciones de atención médica. Las operaciones de atención médica incluyen actividades de evaluación de la calidad, revisión de la competencia o calificaciones de los profesionales de la salud, evaluación del desempeño del proveedor y otras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos usar su PHI para evaluar el desempeño de los servicios de atención médica que recibió y cómo podemos mejorar nuestros servicios.
4. **Tratamiento de emergencia** Podemos divulgar su PHI si necesita tratamiento de emergencia o no puede comunicarse con nosotros.
5. **Familiares y amigos** Podemos divulgar su PHI a un familiar, amigo o cualquier otra persona que usted identifique como involucrada con su atención o pago por atención, a menos que usted se oponga.
6. **Exigido por la ley Podemos divulgar su PHI para fines de aplicación de la ley y según lo exija la ley estatal o federal.**  
Por ejemplo, la ley puede exigirnos que denunciemos casos de abuso, negligencia o violencia doméstica; que informemos ciertas lesiones, como heridas de bala; o que divulguemos su PHI para ayudar a las fuerzas del orden público a localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida. Le informaremos a usted o a su representante si divulgamos su PHI porque creemos que es víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, a menos que determinemos que informarle a usted o a su representante lo pondría en riesgo. Además, debemos proporcionar PHI para cumplir con una orden en un procedimiento legal o administrativo. Finalmente, es posible que se nos solicite que proporcionemos PHI en respuesta a una citación de solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal, pero solo si nosotros o la parte solicitante hemos hecho esfuerzos para comunicarnos con usted sobre la solicitud u obtener una orden para proteger la PHI solicitada.
7. **Amenaza grave para la salud o la seguridad** Podemos divulgar su PHI si creemos que es necesario para evitar una amenaza para la salud y la seguridad de usted o del público.
8. **Salud pública** Podemos divulgar su PHI a las autoridades de salud pública u otras encargadas

de controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, o encargadas de recopilar datos de salud pública.

9. **Actividades de vigilancia de salud** Podemos divulgar su PHI a una agencia de vigilancia de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades incluyen auditorías; investigaciones o procedimientos civiles, administrativos o penales; inspecciones; licencia o medidas disciplinarias; u otras actividades necesarias para supervisar el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles. También podemos desidentificar la información de salud de acuerdo con la ley aplicable. Después de que la información se desidentifique, ya no está sujeta a este aviso y puede usarse para cualquier propósito legal.
10. **Investigación** Podemos divulgar su PHI para ciertos fines de investigación, pero solo si tenemos protecciones y protocolos implementados para garantizar la privacidad de su PHI.
11. **Indemnización a los trabajadores** Podemos divulgar su PHI para cumplir con las leyes relacionadas con la indemnización a los trabajadores o programas similares.
12. **Actividades gubernamentales especializadas** Si usted es militar activo o un veterano, podemos divulgar su PHI según lo exijan las autoridades de comando militar. También se nos puede exigir que divulguemos la PHI a funcionarios federales autorizados para la realización de actividades de inteligencia u otras actividades de seguridad nacional.
13. **Donación de órganos** Si es donante de órganos, o no ha indicado que desea ser donante, podemos divulgar su PHI a organizaciones de obtención de órganos para facilitar la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos.
14. **Médicos forenses, examinadores médicos, directores de funerarias** Podemos divulgar su PHI a médicos forenses o examinadores médicos con el fin de identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte, y a los directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.
15. **Ayuda en casos de desastre** A menos que usted se oponga, podemos divulgar su PHI a una agencia gubernamental o entidad privada (como FEMA o la Cruz Roja) que ayude con los esfuerzos de socorro en casos de desastre.

### **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI**

1. **Derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso si lo solicita.**
2. **Derecho de acceso a la PHI. Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar su PHI mientras mantengamos su expediente médico.** También puede solicitar una copia electrónica de su expediente médico. Debe presentar una solicitud de acceso por escrito al funcionario de privacidad a la dirección que está al final de este Aviso. Podemos cobrarle una tarifa razonable por el procesamiento de su solicitud y la copia de su expediente médico de conformidad con la ley estatal. En ciertas circunstancias, podemos denegar su solicitud para acceder a su PHI, y usted puede solicitar que reconsideremos nuestra denegación. Dependiendo del motivo de la denegación, otro profesional de la salud con licencia elegido por nosotros puede revisar su solicitud y la denegación.

3. **Derecho a solicitar restricciones.** Tiene derecho a solicitar una restricción en el uso o divulgación de su PHI con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, excepto en el caso de una emergencia. También tiene derecho a solicitar una restricción sobre la información que divulgamos a un familiar o amigo que esté involucrado con su atención o el pago de su atención. Sin embargo, no estamos legalmente obligados a aceptar tal restricción.
4. **Derecho a restringir la divulgación de los servicios pagados por usted en su totalidad.** Tiene derecho a restringir la divulgación de su PHI a un plan de salud si la PHI se relaciona con servicios de atención médica que pagó en su totalidad directamente a nosotros.
5. **Derecho a solicitar enmiendas.** Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su PHI si cree que es incorrecta o está incompleta, mientras mantengamos su expediente médico. Podemos denegar su solicitud de modificación si (a) no creamos la PHI, (b) no es información que mantenemos, c) no es información que se le permite inspeccionar o copiar (como notas de psicoterapia), o (d) determinamos que la PHI es precisa y completa.
6. **Derecho a un informe sobre las divulgaciones.** Tiene derecho a solicitar un informe de las divulgaciones de PHI que hayamos realizado (que no sean las realizadas con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica) durante los 6 años anteriores a la fecha de su solicitud. Debe hacer una solicitud por escrito para recibir un informe, especificando el período del informe, al funcionario de privacidad a la dirección que figura al final de este Aviso.
7. **Derecho a comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su PHI por ciertos medios o en ciertos lugares. Por ejemplo, puede especificar que le llamemos solo al número de teléfono de su casa y no al número de su trabajo. Debe hacer una solicitud por escrito, especificando cómo y dónde podemos comunicarnos con usted, al funcionario de privacidad que figura en la dirección que está al final de este Aviso.
8. **Derecho a notificación de incumplimiento.** Tiene derecho a recibir notificación si nosotros o uno de nuestros socios comerciales nos enteramos de una vulneración a su PHI no segura.
9. **Cambios a este Aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso en cualquier momento de acuerdo con la ley aplicable.** Antes de un cambio sustancial a este Aviso relacionado con los usos o divulgaciones de su PHI, sus derechos o nuestras obligaciones, revisaremos y distribuiremos este Aviso.

## PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, contáctenos. Si le preocupa que podamos haber infringido sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos con respecto al uso, divulgación, o acceso a su PHI, puede presentar una queja ante nosotros comunicándose con el funcionario de privacidad/cumplimiento a la dirección y número de teléfono al final de este Aviso. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Le proporcionaremos la dirección para presentar dicha queja si lo solicita. Apoyamos su derecho a la privacidad de su PHI. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja ante nosotros o Departamento de Salud y Servicios Humanos.

**Dirija cualquiera de sus preguntas o quejas a:**

**Funcionario de privacidad:**

Tomas Veiga

203.483.2024

TVeiga@ct-ortho.com

84 North Main Street Branford, CT 06405

## ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN

Podemos pedirle que firme un acuse de recibo de que recibió este Aviso.