

How We May Use and Disclose Medical Information About You

The following categories describe different ways that we may use and disclose medical information without your specific consent or authorization. Examples are provided for each category of uses or disclosures. Not all possible uses or disclosures are listed.

For Treatment. We may use medical information about you to provide you with medical treatment or services. Example: In treating you for a specific condition, we may need to know if you have allergies that could influence which medications we prescribe for the treatment process.

For Payment. We may use and disclose medical information about you so that the treatment and services you receive from us may be billed and payment may be collected from you, an insurance company or a third party. Example: We may need to send your protected health information, such as your name, address, office visit date, and codes identifying your diagnosis and treatment to your insurance company for payment.

For Health Care Operations. We may use and disclose medical information about you for health care operations to assure that you receive quality care. Example: We may use medical information to review our treatment and services and evaluate the performance of our staff in caring for you.

Other Uses or Disclosures That Can Be Made Without Your Consent or Authorization.

- As required during an investigation by law enforcement agencies
- To avert a serious threat to public health or safety
- As required by military command authorities for their medical records
- To workers' compensation or similar programs for processing of claims
- In response to a legal proceeding
- To a coroner or medical examiner for identification of a body
- If an inmate, to the correctional institution or law enforcement official
- As required by the US Food and Drug Administration (FDA)
- Other healthcare providers' treatment activities
- Other covered entities' and providers' payment activities
- Other covered entities' healthcare operations activities (to the extent permitted under HIPAA)
- Uses and disclosures required by law
- Uses and disclosures in domestic violence or neglect situations
- Health oversight activities
- Other public health activities

We may 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.

Uses and Disclosures of Protected Health Information Requiring Your Written Authorization.

Other uses and disclosures of medical information not covered by this Notice or the laws that apply to us will be made only with your written authorization. If you give us authorization to use or disclose medical information about you, you may revoke that authorization, in writing, at any time. If you revoke your authorization, we will hereafter no longer use or disclose medical information about you for the reasons covered by your written authorization. We are unable to take back any disclosures we have already made with your authorization, and we are required to retain our records of the release. We must also abide by any state law that is more stringent than federal law.

Your Individual Rights Regarding	
Disclosures and Changes to Your Medical Information	Your Access to Medical Information
Right to Request Restrictions. You have the right to request a restriction or limitation on the medical information we use or disclose about you for treatment, payment or health care operations or to someone who is involved in your care or the payment for your care. We are not required to agree to your request. If we do agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide you with emergency treatment. To request restrictions, you must submit your request in writing to the Privacy Officer at this clinic. In your request, you must tell us what information you want to limit. Right to an Accounting of Non-Standard Disclosures. You have the right to request a list of the disclosures we made of medical information about you. To request this list, you must submit your request to the Privacy Officer at this clinic. Your request must state the time period for which you want to receive a list of disclosures that is no longer than six years, and may not include dates before April 14, 2003. Your request should indicate in what form you want the list (example: on paper or electronically). The first list you request within a 12-month period will be free. For additional lists, we reserve the right to charge you for the cost of providing the list. Right to Amend. If you feel that medical information we have about you is incorrect or incomplete, you may ask us to amend the information. You have the right to request an amendment for as long as the information is kept. To request an amendment, your request must be made in writing and submitted to the Privacy Officer at this clinic. In addition, you must provide a reason that supports your request. We may deny your request for an amendment if it is not in writing or does not include a reason to support the request. In addition, we may deny your request if the information was not created by us, is not part of the medical information kept at this practice, is not part of the information which you would be permitted to inspect and copy, or which we deem to be accurate and complete. If we deny your request for amendment, you have the right to file a statement of disagreement with us. We may prepare a rebuttal to your statement and will provide you with a copy of any such rebuttal. Statements of disagreement and any corresponding rebuttals will be kept on file and sent out with any future authorized request of information pertaining to the appropriate portion of your record.	Right to Inspect and Copy. You have the right to inspect and copy medical information that may be used to make decisions about your care, and to direct us to transmit a copy to a designated person or entity of your choice. Usually this includes medical and billing records but does not include psychotherapy notes, information compiled for use in a civil, criminal, or administration action or proceeding, and protected health information to which access is prohibited by law. To inspect and copy, or instruct us to transmit a copy of, medical information that may be used to make decisions about you, you must submit your request in writing to the Privacy Officer at this clinic. If you request a copy of the information, we reserve the right to charge a fee for the costs of copying, mailing, or other supplies associated with your request. We may deny your request to inspect and copy in certain very limited circumstances. If you are denied access to medical information, you may request that the denial be reviewed. Another licensed health care professional chosen by this clinic will review your request and the denial. The person conducting the review will not be the person who denied your request. We will comply with the outcome of the review. Right to a Paper Copy of this Notice. You have the right to a paper copy of our current Notice of Privacy Practices at any time. Even if you have agreed to receive this Notice electronically, you are still entitled to a paper copy. To obtain a paper copy of the current Notice, please request one in writing from the Privacy Officer at this practice. Right to Request Confidential Communication. You have the right to request how we should send communications to you about medical matters, and where you would like those communications sent. To request confidential communications, you must make your request to the Privacy Officer at this clinic. We will not ask you the reason for your request. We will accommodate all reasonable requests. Your request must specify how or where you wish to be contacted. We reserve the right to deny a request if it imposes an unreasonable burden on the clinic. Complaints. If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with the Privacy Officer at this clinic or with the Secretary of the Department of Health and Human Services. All complaints must be submitted in writing. You will not be penalized or discriminated against for filing complaints.



Notice of Privacy Practices

We care about our patients' privacy and strive to protect the confidentiality of your medical information at this clinic. Federal legislation requires that we issue this official notice of our privacy practices. You have the right to the confidentiality of your medical information, and this clinic is required by law to maintain the privacy of that information, and to notify you following certain breaches of that information.

This clinic is required to abide by the terms of the Notice of Privacy Practices currently in effect, and to provide notice of its legal duties and privacy practices with respect to protected health information. If you have any questions about this Notice, please contact the Privacy Officer at this clinic.

"This Practice does not sell, rent, or lease its customer lists or mobile opt-in data to third parties for marketing purposes."

Who Will Follow This Notice

Any health care professional authorized to enter information into your medical record, all employees, staff and other personnel at this clinic who may need access to your information must abide by this Notice. All subsidiaries, business associates (e.g. a billing service), sites and locations of this clinic may share medical information with each other for treatment, payment purposes or health care operations described in this Notice. Except where treatment is involved, only the minimum necessary information needed to accomplish the task will be shared.

Changes To This Notice

We reserve the right to change this Notice. We reserve the right to make the revised or changed Notice effective for medical information we already have about you as well as any information we receive in the future. We will post a copy of the current Notice, with the effective date on the posted copy.



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.

Effective Date: May 14, 2003

Revised Date: November 21, 2025

Privacy Officer: William Hopson
compliance@cliffordbeers.org

Clifford Beers Community Care Center
93 Edwards Street
New Haven, CT 06511
203-772-1270

¿Cómo Podemos Usar y Revelar Su Información Médica?

Las siguientes categorías describen diferentes maneras en las que podemos usar y revelar su información médica sin contar con su consentimiento específico o autorización. Se proveen ejemplos para cada categoría de usos o revelaciones. No todos los usos o revelaciones posibles son parte del listado.

Para Tratamiento. Podemos usar su información médica a fin de proveerle tratamiento y servicios médicos. Ejemplo: Al momento de tratarlo por alguna condición específica, quizá requiramos saber si Ud. posee alergias que podrían influenciar la medicación que debemos recetar para el proceso de tratamiento.

Para Pagos. Podemos usar su información médica a fin de que el tratamiento y los servicios que Ud. recibe de parte de nosotros puedan ser facturados y los pagos puedan ser cobrados a Ud., a su compañía de seguros o a una tercera persona. Ejemplo: Quizá requiramos enviar su información protegida de estado de salud, tal como su nombre, dirección, fecha de visita a la oficina médica y códigos identificando su diagnóstico y tratamiento a su compañía de seguros para el pago.

Para Operaciones de Atención de Salud. Podemos usar y revelar su información médica para operaciones de atención de salud para asegurar que Ud. reciba una atención de calidad. Ejemplo: Podemos usar su información médica para revisar nuestro tratamiento y servicios a fin de evaluar la performance de nuestro personal a cargo de su cuidado.

Otros Usos o Revelaciones que Pueden ser Hechos Sin Su Consentimiento o Autorización.

Cuando es requerido durante una investigación realizada por las autoridades policiales.

Para prevenir una amenaza seria a la salud o la seguridad pública.

Cuando es requerido por las autoridades de comando militar para sus récords médicos.

Para compensación laboral u otros programas similares para procesar los reclamos.

En respuesta a algún procedimiento legal.

Para un investigador forense o un examinador médico para la identificación de un cuerpo.

En caso de un recluso, para la institución correccional o el oficial de seguridad.

Cuando es requerido por US Food and Drug Administration (FDA)

Otros proveedores de tratamiento y actividades de salud

Otras entidades y proveedores de pago cubiertas

Otras entidades de operaciones de cuidado de salud (bajo las condiciones permitidas por HIPAA)

Usos y revelaciones requeridas por ley

Usos y revelaciones en violencia doméstica o situaciones de negligencia

Actividades de monitoreo de salud

Otras actividades de salud pública

Podemos contactarlo para proveerle recordatorios o información de tratamientos alternativos o algún otro beneficio o servicio que sea de su interés.

Usos y Revelaciones de Información Protegida que Requieren su Autorización Escrita. Otros usos y revelaciones de información médica no cubierta por esta Notificación o por las leyes aplicables a nosotros serán hechos sólo con su autorización por escrito. Si Ud. nos otorga su autorización para usar o revelar su información médica, Ud. podrá revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento. Si Ud. revoca su autorización, en adelante nosotros no dispondremos de su información médica por las razones contenidas en su declaración escrita. No estaremos en la posibilidad de retirar cualquier divulgación que hayamos hecho anteriormente con su autorización, y estamos obligados de conservar los archivos de su emisión. Estamos además en la obligación de cumplir con cualquier ley estatal que sea más estricta que la ley federal correspondiente.

Respecto a Sus Derechos Individuales	
Revelaciones y Cambios a su Información Médica	Su Acceso a la Información Médica
Derecho a Requerir Restricciones. Ud. tiene el derecho a requerir una restricción o limitación en la información médica que usamos o divulgamos acerca de su tratamiento, pago o para operaciones de atención médica o para alguien que está involucrado en su cuidado o el pago de su cuidado. Nosotros no estamos requeridos de aceptar su solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proveerle un tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, Ud. puede presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad encargado en esta práctica. En el contenido de su solicitud, Ud. debe señalar la información que desea limitar.	Derecho a Inspeccionar y Copiar. Ud. tiene el derecho de inspeccionar y copiar información médica que pueda ser usada para tomar decisiones acerca de su cuidado, y a instruirnos a transmitir una copia a una persona designada o a una entidad de su elección. Usualmente esto incluye registros médicos e información de pagos pero no incluye notas de psicoterapia, información compilada para su uso en un proceso civil, penal o acción administrativa, e información protegida de salud cuyo acceso está prohibido por ley. Para inspeccionar y copiar, o instruirnos a transmitir una copia de información médica que puede ser usada para tomar decisiones acerca de Ud., debe hacer la solicitud por escrito y presentarla al Oficial de Privacidad encargado en esta práctica. Si Ud. solicita una copia de la información, nos reservamos el derecho de cobrarle por el costo del copiado, correspondencia, o algún otro medio asociado a su solicitud. Nuestra parte puede denegar su solicitud de inspeccionar y copiar en ciertas limitadas circunstancias. Si se le deniega el acceso a la información médica, Ud. puede solicitar la revisión de dicha denegatoria. Otro profesional licenciado en atención médica elegido por esta práctica revisará su solicitud y la denegatoria. Nosotros acataremos el resultado de la revisión.
Derecho a un Registro de Revelaciones No Estandarizadas. Ud. tiene el derecho a solicitar un listado de revelaciones que hayamos hecho acerca de su información médica. Para solicitar este listado, Ud. debe presentar este requerimiento al Oficial de Privacidad encargado en esta práctica. Su solicitud debe señalar el periodo de tiempo del cual Ud. desea recibir un listado de divulgaciones que no sea mayor de seis años, y que no incluya fechas antes del 14 de Abril del 2003. Su solicitud debe indicar en qué forma Ud. desea el listado (ejemplo: impreso en papel o por vía electrónica). El primer listado que Ud. solicite dentro de un periodo de 12 meses será gratis. Para listados adicionales, nos reservamos el derecho de cobrarle por el costo de proveerle el listado.	Derecho a una Copia en Papel de esta Notificación. Ud. tiene el derecho a una copia en papel de nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad vigente en cualquier momento. Incluso si Ud. estuvo de acuerdo en recibir esta Notificación por vía electrónica, Ud. aún tiene derecho a recibir una copia en papel. Para obtener una copia en papel de la Notificación vigente, sírvase requerir una por escrito al Oficial de Privacidad encargado en esta práctica.
Derecho a Enmendar. Si Ud. siente que la información que tenemos acerca de Ud. es incorrecta o está incompleta, puede solicitar enmendar la información. Ud. tiene el derecho de solicitar una enmienda en la información por toda extensión de tiempo ésta se encuentre mantenida. Para solicitar el requerimiento, Ud. debe hacer la solicitud por escrito y presentarla al Oficial de Privacidad encargado en esta práctica. Adicionalmente, Ud. debe proporcionar una razón que respalde su pedido. Además, nuestra parte puede denegar su solicitud si la información no fue creada por nosotros, si no es parte de la información médica mantenida en nuestra práctica, si no es parte de la información que esté permitido(a) de inspeccionar y copiar, o que se consideren exactos y completos. En caso de que denegamos su solicitud de enmienda, Ud. tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nuestra decisión. Nosotros podemos preparar una impugnación a su declaración y proveerle una copia de dicha impugnación. Las declaraciones de desacuerdo y sus correspondientes impugnaciones se mantendrán en los récords y serán enviados junto a alguna futura solicitud de autorización respecto a la apropiada porción de su registro.	Derecho a Solicitar Comunicación Confidencial. Ud. tiene el derecho de solicitar la manera deberíamos enviar las comunicaciones acerca de sus asuntos médicos, y el lugar donde desea que esas comunicaciones sean enviadas. Para solicitar comunicaciones confidenciales, Ud. debe dirigir su solicitud al Oficial de Privacidad encargado en esta práctica. Nosotros no preguntaremos acerca de sus razones para este pedido. Buscaremos acomodar todos los requerimientos razonables. Su solicitud debe especificar cómo y dónde Ud. debe ser contactado. Nos reservamos el derecho de denegar una solicitud si ésta impone una carga no razonable para esta práctica.
	Quejas. Si Ud. considera que sus derechos de privacidad han sido violados, Ud. puede presentar una reclamación dirigida al Oficial de Privacidad encargado en esta práctica o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todas las reclamaciones deben ser presentadas por escrito. Ud. no será penalizado o discriminado debido a la presentación de dichas reclamaciones.



Notificación de Prácticas de Privacidad

Nos importa la privacidad de nuestros pacientes y nos esforzamos en proteger la confidencialidad de su información médica en esta práctica. La legislación federal requiere que proveamos esta notificación oficial de nuestras prácticas de privacidad. Ud. tiene el derecho a la confidencialidad de su información médica, y esta práctica es requerida por ley a mantener la privacidad de dicha información, y a notificarle en caso de ciertas infracciones de tal información.

Esta práctica es requerida de cumplir con los términos de la Notificación de Prácticas de Privacidad actualmente en efecto, y para proveerle notificación de sus deberes legales y de prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Si Ud. tiene alguna pregunta acerca de esta Notificación, por favor póngase en contacto con el Oficial de Privacidad a cargo en esta práctica.

Esta práctica no vende, alquila ni arrienda su lista de clientes ni sus datos móviles a terceros con fines de mercadeo

Quién Seguirá esta Notificación

Cualquier profesional de cuidados de salud autorizado a ingresar información en su registro médico, todos los empleados, el staff y otro personal de esta práctica que requieran acceso a su información debe cumplir con esta Notificación. Todas las filiales, negocios asociados (ejemplo: servicio de facturación), sitios y locaciones de esta práctica deben compartir información médica entre ellas para tratamiento, propósitos de pago u operaciones de cuidados de salud descritos en esta Notificación. Excepto donde se desarrolla el tratamiento, sólo el mínimo necesario de información para cumplir la tarea para la cual es compartida.

Modificaciones a esta Notificación

Nos reservamos el derecho de modificar esta Notificación. Nos reservamos el derecho de efectuar revisiones o cambios en esta Notificación aplicable para información médica que actualmente mantenemos o que recibiremos en el futuro. Una copia de esta Notificación vigente estará disponible con la fecha en la que entra en vigor.



Notificación de Prácticas de Privacidad

Esta Notificación describe como su información médica puede ser usada y divulgada y la manera de como tener acceso a dicha información. Por favor revise esto cuidadosamente.

Fecha de Entrada en Vigencia: 14 de Mayo, 2003

Fecha de Revisión: 15 de octubre de 2025

Oficial de Privacidad: William Hopson

compliance@cliffordbeers.org

Clifford Beers Community Care Center
93 Edwards Street
New Haven, CT 06511
203-772-1270