



## NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Thank you for choosing Open Door Health Center (ODHC) for your healthcare. ODHC has always been committed to maintaining the security, privacy, and confidentiality of your medical information. Effective April 14, 2003, the federal government requires that we provide you with the following privacy practice notification regarding our legal duties and privacy practices. Please review the following privacy notification.

**Open Door Health Center** is part of an organized health care arrangement including participants in OCHIN. A current list of OCHIN participants is available at [www.ochin.org](http://www.ochin.org). As a business associate of Open Door Health Center, OCHIN supplies information technology and related services to Open Door Health Center and other OCHIN participants. OCHIN also engages in quality assessment and improvement activities on behalf of its participants. For example, OCHIN coordinates clinical review activities on behalf of participating organizations to establish best practice standards and assess clinical benefits that may be derived from the use of electronic health record systems. OCHIN also helps participants work collaboratively to improve the management of internal and external patient referrals. Your personal health information may be shared by Open Door Health Center with other OCHIN participants or a health information exchange only when necessary for medical treatment or for the health care operations purposes of the organized health care arrangement. Health care operation can include, among other things, geocoding your residence location to improve the clinical benefits you receive.

The personal health information may include past, present, and future medical information as well as information outlined in the Privacy Rules. The information, to the extent disclosed, will be disclosed consistent with the Privacy Rules or any other applicable law as amended from time to time. You have the right to change your mind and withdraw this consent, however, the information may have already been provided as allowed by you. This consent will remain in effect until revoked by you in writing. If requested, you will be provided a list of entities to which your information has been disclosed.

### **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 applies to the following Open Door Health Center (ODHC) entities:  
Mankato, Shakopee, Outreach Services, School Based Health Centers

---

During your treatment at Open Door Health Center (ODHC), providers, nurses, other caregivers, and staff may gather information about your medical history and your current health. This notice explains how that information may be used and shared with others. It also explains your privacy rights regarding this kind of information. The terms of this notice apply to health information created or received by ODHC. We are required by law to: make sure that medical information that identifies you is kept private; give you this notice of our legal duties and privacy practices with respect to medical information about you; follow the terms of the notice that is currently in effect, and notify you in the event there is a breach of any unsecured Protected Health Information (PHI) about you.

#### **Your medical information may be used and disclosed for the following purposes:**

**TREATMENT:** We may use your information to provide, coordinate, and manage your care and treatment. Prior written consent is required for these disclosures, except in the case of an emergency when it is not possible to obtain your consent.

**PAYMENT:** We may use and disclose medical information about you so that the treatment and services you receive may be billed to, and payment may be collected from, you, and your insurance company, or another third party. We will obtain your written consent prior to making disclosures for payment purposes.

**HEALTH CARE OPERATIONS:** We may use and disclose medical information about you for ODHC's healthcare operations. Healthcare operations are the uses and disclosures of information that are necessary to run ODHC, and to make sure that all of our patients receive quality care. We will get your written consent prior to making disclosures to others outside of ODHC for healthcare operations purposes.

**APPOINTMENT REMINDERS and OTHER HEALTH INFORMATION:** We may use your medical information to send you reminders about future appointments. We may also send you refill reminders or other communications about your current medications. However, if we receive any

financial remuneration for making such refill or medication communication beyond our costs of making the communication, we must first obtain your written authorization to make such communications. We may contact you with information about new or alternative treatments or health care services or for purposes of care coordination, unless we receive financial remuneration in exchange for making the communication. In that case, we will obtain your written authorization to make such communications. However, we are not required to obtain your written authorization for face-to-face communications. We collect mobile phone numbers to communicate with patients via SMS and/or RCS text messages for purposes such as appointment reminders, billing notifications, and care coordination. Your privacy is a priority. Your mobile number will not be sold or shared with third parties or affiliates for marketing or promotional purposes. We will not use your number for unrelated marketing without your express written consent.

**FUNDRAISING:** ODHC may use certain information about you (specifically, your name, address, age, gender, date of birth or other demographic information; dates you received care from ODHC; department of service information; treating physician; outcome information and health insurance status) to let you know about fundraising or other charitable events. You have the right to opt-out of receiving such fundraising communication. Each fundraising communication you receive will include an opportunity to opt-out of future fundraising communications. Alternatively, you may notify ODHC's Compliance Manager to opt-out of fundraising communications.

**TO PEOPLE ASSISTING IN YOUR CARE:** ODHC will only disclose medical information to those taking care of you, helping you pay your bills, or other close family members or friends if these people need to know this information to help you, and then only to the extent permitted by law. We will ask for written consent prior to making disclosures about you to family or friends. If you are able to make your own health care decisions, ODHC will ask your permission before using your medical information for these purposes. If you are unable to make health care decisions, ODHC will disclose relevant medical information to family members or other responsible people if we feel it is in your best interest to do so, including in an emergency situation.

**RESEARCH:** Federal law permits ODHC to use and disclose medical information about you for research purposes, either with your specific written authorization, or when the study has been reviewed for privacy protection by an Institutional Review Board or Privacy Board before the research begins. In some cases, researchers may be permitted to use information in a limited way to determine whether the study or the potential participants are appropriate. Minnesota law generally requires that we get your consent before we disclose your health information to an outside researcher. We will make a good faith effort to obtain your consent or refusal to participate in any research study, as required by law, prior to releasing any identifiable information about you to outside researchers.

**AS REQUIRED BY LAW:** We will disclose medical information about you when we are required to do so by federal, state, or local law.

**TO AVERT A SERIOUS THREAT TO HEALTH OR SAFETY:** We may use and disclose medical information about you when necessary to prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of the public or another person. Any disclosure must be only to someone able to help prevent the threat. In addition, Minnesota law generally does not permit these disclosures unless we have your written consent, or when the disclosure is specifically required by law, including the limited circumstances in which ODHC health care professionals have a "duty to warn."

**TO BUSINESS ASSOCIATES:** Some services are provided by or to ODHC through contracts with business associates. We may disclose information about you to our business associate so that they can perform the job we have contracted with them to do. To protect the information disclosed, each business associate is required to sign an agreement to appropriately safeguard the information and not to redisclose the information unless specifically permitted by law.

### **Your medical information may be released in the following special situations:**

**ORGAN and TISSUE DONATION:** We may release your medical 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 will release medical information about you as requested by military command authorities if we are required to do so by law, or when we have your written consent. We may also release medical information about foreign military personnel to the appropriate military authority as required by law or written consent.

**WORKERS' COMPENSATION:** We may release medical information about you for workers' compensation or similar programs. These programs provide benefits for work-related injuries or illness. We are permitted to disclose information regarding your work related injury to your employer or your employer's workers' compensation insurer without your specific consent, so long as the information is related to a workers' compensation claim.

**PUBLIC HEALTH:** We may disclose medical information to public health authorities about you for public health activities. These disclosures generally include the following:

- ▶ Preventing or controlling disease, injury, or disability; reporting births and deaths;
- ▶ Reporting child abuse or neglect, or abuse of a vulnerable adult;
- ▶ Reporting reactions to medications or problems with products; notifying people of recalls of products they may be using;
- ▶ Notifying a person who may have been exposed to a disease or may be at risk for contracting or spreading disease or condition; or
- ▶ Reporting to the FDA as permitted or required by law.

**HEALTH OVERSIGHT ACTIVITIES:** ODHC may disclose medical information to a health oversight agency for health oversight activities that are authorized by law. These oversight activities include examples such as, government audits, investigations, inspections, and licensure activities.

These activities are necessary for the government to monitor the health care system, government programs, and compliance with civil rights laws. Minnesota law requires that patient identifying information be removed from most disclosures for health oversight purposes, unless you have provided us with written consent for the disclosure.

**LAWSUITS and DISPUTES:** We may disclose medical information about you in response to a valid court order or statutory authorization, or with your written consent.

**LAW ENFORCEMENT:** We may release medical information if asked to do so by a law enforcement official in response to a valid court order, grand jury subpoena, warrant, or with your written consent. In addition, we are required to report certain types of wounds. In some cases, reports will include only fact of injury, and any additional disclosures would require your consent or a court order. We may also release information to law enforcement that is not a part of the health record (in other words, non-medical information) for the following reasons:

- ▶ To identify or locate a suspect, fugitive, material witness, or missing person;
- ▶ If you are the victim of a crime, if, under certain limited circumstances, we are unable to obtain your agreement;
- ▶ About a death we believe may be the result of criminal conduct;
- ▶ About criminal conduct at our facility; and
- ▶ 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 DIRECTORS:** We will release medical information to a coroner or medical examiner in the case of certain types of death, and we must disclose health records upon the request of the coroner or medical examiner. We may also release the fact of death and certain demographic information about you to funeral directors as necessary to carry out their duties. Other disclosures from your health record will require the consent of a surviving spouse, parent, person appointed by you in writing, or your legally authorized representative.

**NATIONAL SECURITY AND INTELLIGENCE ACTIVITIES:** We will release medical information about you to authorized federal officials for intelligence, counterintelligence, and other national security activities only as required by law or with your written consent.

**PROTECTIVE SERVICES FOR THE PRESIDENT AND OTHERS:** We will disclose medical information about you to authorized federal officials so they may provide protection to the President, other authorized persons, foreign heads of state, or conduct special investigations only as required by law or with your written consent.

**INMATES:** If you are an inmate of a correctional institution or under the custody of a law enforcement official, we will release medical information about you to the correctional institution or law enforcement official only as permitted by law or with your written consent.

**SUBSTANCE ABUSE TREATMENT:** In the event Open Door Health Center elects to provide Substance Abuse Treatment, information regarding a patient's participation in such a program will not be disclosed unless:

- ▶ The patient consents in writing
- ▶ The disclosure is allowed by a court order; or
- ▶ The disclosure is made to medical personnel in a medical emergency or to qualified personnel for research, audit or program evaluation.

Violation of the federal law and regulations governing substance use disorder patient records by a Program is a crime. Suspected violations may be reported to appropriate authorities in accordance with federal regulations.

### **You have the following rights regarding medical information we maintain about you:**

**RIGHT TO INSPECT and COPY:** You have the right to inspect and receive a copy of your medical information that is used to make decisions about your care. Usually, this includes medical and billing records maintained by ODHC. If you wish to inspect and copy medical information, you must submit your request in writing to the Health Information Specialist. If you request a copy of the information, we may charge a reasonable fee for the costs of copying, mailing, or other supplies associated with your request, to the extent permitted by state and federal law. If we maintain your health information electronically as part of a designated record set, you have the right to receive a copy of your health information in electronic format upon your request. You may also direct us to transmit your health information (hard or electronic copy) directly to an entity or person clearly and specifically designated by you in writing. We may deny your request to inspect and copy your information in limited circumstances. In these cases, we may supply the information to a third party who may release the information to you. If you are denied access to medical information, you may request that the denial be reviewed. Another licensed healthcare professional chosen by ODHC 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 AN ACCOUNTING OF DISCLOSURES:** You have the right to request an "accounting of disclosures." This is a list of the disclosures we made of medical information about you. This list will not include disclosures for treatment, payment, and healthcare operations; disclosures that you have authorized for treatment, payment, and healthcare operations; disclosures that you have authorized or that have been made to you; disclosures for facility directories; disclosures for national security or intelligence purposes; disclosures to correctional institutions or law enforcement with custody of you; disclosures that took place before April 14, 2003; and certain other disclosures. To request this list of disclosures, you must submit your request in writing to the Health Information Specialist. Your request must state a time period for which you would like the accounting. The accounting period may not go back further than six years from the date of the request, and it may not include dates before April 14, 2003. You may receive one free accounting in any 12-month period. We will charge you for additional requests.

**RIGHT TO REQUEST AMENDMENT:** If you believe that medical information we have about you is incorrect or incomplete, you have the right to ask us to change the information. You have the right to request an amendment for as long as the information is kept by or for ODHC. To request a change to your information, your request must be made in writing and submitted to the Health Information Specialist. 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 you ask us to amend information that:

- ▶ Was not created by ODHC, unless the person or entity that created the information is no longer available to make the amendment;
- ▶ Is not part of the medical information kept by or for ODHC;
- ▶ Is not part of the information which you would be permitted to inspect and copy; or
- ▶ Is accurate and complete.

**RIGHT TO REQUEST RESTRICTIONS:** You have the right to request a restriction or limitation on the medical information we use or disclose about you. If you pay out-of-pocket in full for an item or service, then you may request that we not disclose information pertaining solely to such item or service to your health plan for purposes of payment or health care operations. We are required to agree with such a request, unless you request a restriction on the information we disclose to a Health Maintenance Organization (“HMO”) and the law prohibits us from accepting payment from you above the cost-sharing amount for the item or service that is the subject of the requested restriction. However, we are not required to agree to any other request. If we do agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide you emergency treatment or you request that we remove the restriction. To request restrictions, you must make your request in writing to the Health Information Specialist. In your request, you must tell us (1) what information you want to limit; (2) whether you want to limit our use, disclosure, or both; and (3) to whom you want the limits to apply.

**RIGHT TO REQUEST CONFIDENTIAL COMMUNICATIONS:** You have the right to request that we communicate with you about medical matters in a certain way or at a certain location. To request confidential communications, you must make your request in writing to the Compliance Director. 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, and we may require you to provide information about how payment will be handled.

**RIGHT TO A PAPER COPY OF THIS NOTICE:** You have the right to receive a paper copy of this notice. You may ask us to give you a copy of this notice at any time.

**CHANGES TO THIS NOTICE:** The effective date of this notice is April 14, 2003, and it has been updated effective June 18, 2026. 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. If the terms of this notice are changed, ODHC will provide you with a revised notice upon request, and we will post the revised notice on our website and in designated locations at ODHC.

**COMPLAINTS or QUESTIONS:** If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with us or with the Secretary of the Department of Health and Human Services. To file a complaint with ODHC, or to ask a question about this notice, contact the Compliance Director at 507-388-2120 or email [concerns@odhc.org](mailto:concerns@odhc.org). All complaints must be submitted in writing. **You will not be penalized for filing a complaint.**

**OTHER USES AND DISCLOSURES OF PROTECTED HEALTH INFORMATION:** We are required to obtain a written authorization from you for most uses and disclosures of psychotherapy notes, uses and disclosures of protected health information for marketing purposes and disclosures that constitute a sale of protected health information. Except as described in this Notice, ODHC will not use or disclose your protected health information without a specific written authorization from you. If you provide us with this written authorization to use or disclose medical information about you may revoke that authorization, in writing, at any time. If you revoke your authorization, we will no longer use or disclose medical information about you for the reasons covered by your written authorization, except to the extent we have already relied on your authorization. We are unable to take back any disclosures we have already made with your permission, and we are required to retain our records of the care that we provided you.

**DISCRIMINATION IS AGAINST THE LAW:** ODHC complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (consistent with the scope of sex discrimination described at 45 CFR §92.101(a)(2)). Open Door Health Center does not exclude people or treat them less favorably because of race, color, national origin, age, disability, or sex. ODHC provides people with disabilities reasonable modifications and free appropriate auxiliary aids and services to communicate effectively with us. ODHC provides free language assistance services to people whose primary language is not English.

---

**OPEN DOOR HEALTH CENTER**

309 Holly Lane  
Mankato, MN 56001  
Phone: 507-388-2120  
Fax: 507-388-3924  
Email: [concerns@odhc.org](mailto:concerns@odhc.org)

---



## AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Gracias por elegir Open Door Health Center (ODHC) para su atención médica. ODHC siempre se ha comprometido a mantener la seguridad, privacidad y confidencialidad de su información médica. A partir del 14 de abril de 2003, el gobierno federal exige que le proporcionemos la siguiente notificación sobre prácticas de privacidad en relación con nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad. Por favor, revise la siguiente notificación de privacidad.

**Open Door Health Center** forma parte de un acuerdo de atención médica organizado que incluye a los participantes en OCHIN. La lista actualizada de participantes en OCHIN está disponible en [www.ochin.org](http://www.ochin.org). Como socio comercial de Open Door Health Center, OCHIN proporciona tecnología de la información y servicios relacionados a Open Door Health Center y a otros participantes en OCHIN. OCHIN también participa en actividades de evaluación y mejora de la calidad en nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer estándares de mejores prácticas y evaluar los beneficios clínicos que pueden derivarse del uso de sistemas de registros médicos electrónicos. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar en colaboración para mejorar la administración de las derivaciones de pacientes internos y externos. Open Door Health Center puede compartir su información médica personal con otros participantes de OCHIN o con un intercambio de información médica solo cuando sea necesario para el tratamiento médico o para los fines de las operaciones de atención médica del acuerdo de atención médica organizada. Las operaciones de atención médica pueden incluir, entre otras cosas, la geocodificación de la ubicación de su residencia para mejorar los beneficios clínicos que recibe.

La información médica personal puede incluir información médica pasada, presente y futura, así como la información descrita en las Normas de Privacidad. La información, en la medida en que se divulgue, se revelará de conformidad con las Normas de Privacidad o cualquier otra ley aplicable que se modifique periódicamente. Usted tiene derecho a cambiar de opinión y retirar este consentimiento; sin embargo, es posible que la información ya haya sido proporcionada según lo permitido por usted. Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que usted lo revoque por escrito. Si lo solicita, se le proporcionará una lista de las entidades a las que se ha revelado su información.

### **ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA. LÉALO ATENTAMENTE.**

---

Este aviso se aplica a las siguientes entidades de Open Door Health Center (ODHC):  
Mankato, Shakopee, Servicios de Extensión, Centros de Salud Escolares

---

Durante su tratamiento en Open Door Health Center (ODHC), los proveedores, enfermeros, otros cuidadores y el personal pueden recopilar información sobre su historial médico y su estado de salud actual. Este aviso explica cómo se puede utilizar y compartir esa información con otras personas. También explica sus derechos de privacidad con respecto a este tipo de información. Los términos de este aviso se aplican a la información médica creada o recibida por ODHC. La ley nos obliga a: asegurarnos de que la información médica que le identifica se mantenga privada; proporcionarle este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica; cumplir con los términos del aviso que está actualmente en vigor, y notificarle en caso de que se produzca una violación de cualquier información médica protegida (PHI) sobre usted que no esté segura.

#### **Su información médica puede utilizarse y divulgarse para los siguientes fines:**

**TRATAMIENTO:** Podemos utilizar su información para proporcionar, coordinar y gestionar su atención y tratamiento. Se requiere el consentimiento previo por escrito para estas divulgaciones, excepto en caso de emergencia, cuando no sea posible obtener su consentimiento.

**PAGO:** Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted para que el tratamiento y los servicios que reciba puedan ser facturados y cobrados a usted, a su compañía de seguros o a otro tercero. Obtendremos su consentimiento por escrito antes de realizar divulgaciones con fines de pago.

**OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA:** Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted para las operaciones de atención médica de ODHC. Las operaciones de atención médica son los usos y divulgaciones de información que son necesarios para el funcionamiento de ODHC.

y para garantizar que todos nuestros pacientes reciban una atención de calidad. Obtendremos su consentimiento por escrito antes de realizar divulgaciones a terceros ajenos a ODHC con fines de operaciones de atención médica.

**RECORDATORIOS DE CITAS Y OTRA INFORMACIÓN MÉDICA:** Podemos utilizar su información médica para enviarle recordatorios sobre futuras citas. También podemos enviarle recordatorios de reposición u otras comunicaciones sobre sus medicamentos actuales. Sin embargo, si recibimos una remuneración económica e e por realizar dicha comunicación sobre reposición o medicamentos que supere nuestros costos de realizar la comunicación, primero debemos obtener su autorización por escrito para realizar dichas comunicaciones. Podemos ponernos en contacto con usted para proporcionarle información sobre tratamientos o servicios de atención médica nuevos o alternativos, o con fines de coordinación de la atención, a menos que recibamos una remuneración económica a cambio de realizar la comunicación. En ese caso, obtendremos su autorización por escrito para realizar dichas comunicaciones. Sin embargo, no estamos obligados a obtener su autorización por escrito para las comunicaciones cara a cara. Recogemos números de teléfono móvil para comunicarnos con los pacientes a través de mensajes SMS y/o RCS con fines tales como recordatorios de citas, notificaciones de facturación y coordinación de la atención sanitaria. Su privacidad es una prioridad. Su número de móvil no se venderá ni se compartirá con terceros o empresas asociadas con fines comerciales o promocionales. No utilizaremos su número para fines comerciales ajenos a estos sin su consentimiento expreso por escrito.

**RECAUDACIÓN DE FONDOS:** ODHC puede utilizar cierta información sobre usted (específicamente, su nombre, dirección, edad, sexo, fecha de nacimiento u otra información demográfica; fechas en las que recibió atención de ODHC; información del departamento de servicio; médico tratante; información sobre los resultados y estado del seguro médico) para informarle sobre recaudaciones de fondos u otros eventos benéficos. Usted tiene derecho a optar por no recibir dichas comunicaciones sobre recaudación de fondos. Cada comunicación sobre recaudación de fondos que reciba incluirá la oportunidad de optar por no recibir futuras comunicaciones sobre recaudación de fondos. Alternativamente, puede notificar al Gerente de Cumplimiento de ODHC para optar por no recibir comunicaciones sobre recaudación de fondos.

**A LAS PERSONAS QUE LE AYUDAN EN SU ATENCIÓN:** ODHC solo divulgará información médica a las personas que le atienden, le ayudan a pagar sus facturas u otros familiares o amigos cercanos si estas personas necesitan conocer esta información para ayudarle, y solo en la medida en que lo permita la ley. Le pediremos su consentimiento por escrito antes de revelar información sobre usted a familiares o amigos. Si usted es capaz de tomar sus propias decisiones sobre la atención médica, ODHC le pedirá su permiso antes de utilizar su información médica para estos fines. Si usted no es capaz de tomar decisiones sobre la atención médica, ODHC revelará la información médica pertinente a los familiares u otras personas responsables si consideramos que es lo mejor para usted, incluso en una situación de emergencia.

**INVESTIGACIÓN:** La ley federal permite a ODHC utilizar y divulgar información médica sobre usted con fines de investigación, ya sea con su autorización específica por escrito o cuando el estudio haya sido revisado por una Junta de Revisión Institucional o una Junta de Privacidad antes de que comience la investigación. En algunos casos, se puede permitir a los investigadores utilizar la información de forma limitada para determinar si el estudio o los posibles participantes son adecuados. La ley de Minnesota exige generalmente que obtengamos su consentimiento antes de divulgar su información médica a un investigador externo. Haremos todo lo posible por obtener su consentimiento o su negativa a participar en cualquier estudio de investigación, tal y como exige la ley, antes de divulgar cualquier información identificable sobre usted a investigadores externos.

**SEGÚN LO EXIGE LA LEY:** Divulgaremos su información médica cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales.

**PARA EVITAR UNA AMENAZA GRAVE PARA LA SALUD O LA SEGURIDAD:** Podemos utilizar y divulgar su información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad o la salud y seguridad del público o de otra persona. Cualquier divulgación debe hacerse únicamente a alguien que pueda ayudar a prevenir la amenaza. Además, la ley de Minnesota generalmente no permite estas divulgaciones a menos que tengamos su consentimiento por escrito, o cuando la divulgación sea específicamente requerida por la ley, incluyendo las circunstancias limitadas en las que los profesionales de la salud de ODHC tienen el «deber de advertir».

**A SOCIOS COMERCIALES:** Algunos servicios son prestados por o a ODHC a través de contratos con socios comerciales. Podemos divulgar información sobre usted a nuestros socios comerciales para que puedan realizar el trabajo que les hemos contratado. Para proteger la información divulgada, cada socio comercial debe firmar un Acuerdo para salvaguardar adecuadamente la información y no volver a divulgarla, a menos que lo permita específicamente la ley.

### **Su información médica puede ser divulgada en las siguientes situaciones especiales:**

**DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS:** Podemos divulgar su información médica a organizaciones que se encargan de la obtención de órganos o del trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

**MILITARES Y VETERANOS:** Si es miembro de las fuerzas armadas, divulgaremos su información médica según lo soliciten las autoridades del comando militar si así lo exige la ley o cuando tengamos su consentimiento por escrito. También podemos divulgar información médica sobre personal militar extranjero a la autoridad militar correspondiente, según lo exija la ley o el consentimiento por escrito.

**INDEMNIZACIÓN LABORAL:** Podemos divulgar información médica sobre usted para programas de indemnización laboral o similares. Estos programas proporcionan prestaciones por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. Se nos permite divulgar información sobre su lesión relacionada con el trabajo a su empleador o a la aseguradora de indemnización laboral de su empleador sin su consentimiento específico, siempre que la información esté relacionada con una reclamación de indemnización laboral.

**SALUD PÚBLICA:** Podemos divulgar información médica sobre usted a las autoridades de salud pública para actividades de salud pública. Estas divulgaciones generalmente incluyen lo siguiente:

- Prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades; notificación de nacimientos y defunciones;
- Notificar casos de abuso o negligencia infantil, o abuso de adultos vulnerables;
- Notificar reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas la retirada de productos que puedan estar utilizando;
- Notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda correr el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección; o
- Informar a la FDA según lo permita o exija la ley.

**ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN SANITARIA:** La ODHC puede divulgar información médica a una agencia de supervisión sanitaria para actividades de supervisión sanitaria autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías gubernamentales, investigaciones, inspecciones y actividades de concesión de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles. La ley de Minnesota exige que la información que identifique al paciente se elimine de la mayoría de las divulgaciones con fines de supervisión sanitaria, a menos que usted nos haya proporcionado su consentimiento por escrito para la divulgación.

**DEMANDAS Y DISPUTAS:** Podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial válida o una autorización legal, o con su consentimiento por escrito.

**CUMPLIMIENTO DE LA LEY:** Podemos divulgar información médica si así lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley en respuesta a una orden judicial válida, una citación del gran jurado, una orden judicial o con su consentimiento por escrito. Además, estamos obligados a informar sobre ciertos tipos de lesiones. En algunos casos, los informes incluirán solo el hecho de la lesión, y cualquier divulgación adicional requeriría su consentimiento o una orden judicial. También podemos divulgar información a las autoridades policiales que no forme parte del expediente médico (en otras palabras, información no médica) por las siguientes razones:

Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.

- Si usted es víctima de un delito, si, en determinadas circunstancias limitadas, no podemos obtener su Acuerdo;
- Sobre una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta delictiva;
- Sobre una conducta delictiva en nuestras instalaciones; y
- En situaciones de emergencia para denunciar un delito; la ubicación del delito o de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

**FORENSES, MÉDICOS FORENSES Y DIRECTORES DE FUNERARIAS:** Divulgaremos información médica a un forense o médico forense en el caso de ciertos tipos de fallecimiento, y debemos divulgar los registros médicos a petición del forense o médico forense. También podemos divulgar el hecho de la muerte y cierta información demográfica sobre usted a los directores de funerarias, según sea necesario para el desempeño de sus funciones. Otras divulgaciones de su expediente médico requerirán el consentimiento de su cónyuge supérstite, padre, madre, persona designada por usted por escrito o su representante legalmente autorizado.

**ACTIVIDADES DE SEGURIDAD NACIONAL E INTELIGENCIA:** Divulgaremos información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional solo cuando lo exija la ley o con su consentimiento por escrito.

**SERVICIOS DE PROTECCIÓN PARA EL PRESIDENTE Y OTRAS PERSONAS:** Divulgaremos información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para que puedan proporcionar protección al presidente, a otras personas autorizadas, a jefes de estado extranjeros o para llevar a cabo investigaciones especiales, solo cuando lo exija la ley o con su consentimiento por escrito.

**RECLUIDOS:** Si usted es recluso de una institución penitenciaria o está bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, divulgaremos su información médica a la institución penitenciaria o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley solo cuando lo permita la ley o con su consentimiento por escrito.

**TRATAMIENTO POR ABUSO DE SUSTANCIAS:** En caso de que Open Door Health Center decida proporcionar tratamiento por abuso de sustancias, no se divulgará la información relativa a la participación de un paciente en dicho programa, a menos que:

- El paciente dé su consentimiento por escrito
- La divulgación esté permitida por una orden judicial; o
- La divulgación se realiza al personal médico en caso de emergencia médica o al personal calificado para fines de investigación, auditoría o evaluación de programas.

El incumplimiento de la ley federal y las regulaciones que rigen los registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias por parte de un Programa es un delito. Las presuntas infracciones pueden ser denunciadas a las autoridades competentes de conformidad con las regulaciones federales.

**Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted:**

**DERECHO A INSPECCIONAR Y COPIAR:** Tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia de su información médica que se utiliza para tomar decisiones sobre su atención. Por lo general, esto incluye los registros médicos y de facturación que mantiene ODHC. Si desea inspeccionar y

copiar la información médica, debe presentar su solicitud por escrito al especialista en información de salud. Si solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa razonable por los costos de copia, envío por correo u otros suministros asociados con su solicitud, en la medida en que lo permitan las leyes estatales y federales. Si conservamos su información médica de forma electrónica como parte de un conjunto de registros designados, tiene derecho a recibir una copia de su información médica en formato electrónico si lo solicita. También puede indicarnos que transmitamos su información médica (copia impresa o electrónica) directamente a una entidad o persona claramente y específicamente designada por usted por escrito. Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su información en circunstancias limitadas. En estos casos, podemos proporcionar la información a un tercero que pueda revelársela a usted. Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar que se revise la denegación. Otro profesional de la salud autorizado elegido por ODHC revisará su solicitud y la denegación. La persona que realice la revisión no será la misma que denegó su solicitud. Acataremos el resultado de la revisión.

**DERECHO A UN INFORME DE DIVULGACIONES:** Tiene derecho a solicitar un «informe de divulgaciones». Se trata de una lista de las divulgaciones que hemos realizado de su información médica. Esta lista no incluirá las divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de atención médica; las divulgaciones que usted haya autorizado para tratamiento, pago y operaciones de atención médica; las divulgaciones que usted haya autorizado o que se le hayan hecho a usted; las divulgaciones para directorios de centros; las divulgaciones con fines de seguridad nacional o inteligencia; las divulgaciones a instituciones correccionales o fuerzas del orden que tengan su custodia; las divulgaciones que tuvieron lugar antes del 14 de abril de 2003; y otras divulgaciones determinadas. Para solicitar esta lista de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito al especialista en información médica. Su solicitud debe indicar el período de tiempo para el que desea la relación. El período de la relación no puede remontarse más allá de seis años desde la fecha de la solicitud, y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Puede recibir una relación gratuita en cualquier período de 12 meses. Le cobraremos por las solicitudes adicionales.

**DERECHO A SOLICITAR MODIFICACIONES:** Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, tiene derecho a solicitarnos que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar una modificación siempre y cuando la información sea conservada por o para ODHC. Para solicitar un cambio en su información, debe presentar su solicitud por escrito y enviarla al especialista en información sanitaria. Además, debe proporcionar una razón que justifique su solicitud. Podemos denegar su solicitud de modificación si no se presenta por escrito o no incluye una razón que la justifique. Además, podemos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que:

- No haya sido creada por ODHC, a menos que la persona o entidad que la haya creado ya no esté disponible para realizar la modificación;
- No forme parte de la información médica conservada por o para ODHC;
- No forme parte de la información que usted estaría autorizado a inspeccionar y copiar; o
- Sea precisa y completa.

**DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES:** Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica que utilizamos o divulgamos sobre usted. Si paga de su bolsillo la totalidad de un ítem o servicio, puede solicitar que no divulguemos información relacionada exclusivamente con dicho ítem o servicio a su plan de salud con fines de pago u operaciones de atención médica. Estamos obligados a aceptar dicha solicitud, a menos que solicite una restricción sobre la información que divulgamos a una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) y la ley nos prohíba aceptar de usted un pago superior al importe de reparto de costos del ítem o servicio objeto de la restricción solicitada. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar ninguna otra solicitud. Si aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia o usted solicite que eliminemos la restricción. Para solicitar restricciones, debe presentar su solicitud por escrito al especialista en información médica. En su solicitud, debe indicarnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, nuestra divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen las limitaciones.

**DERECHO A SOLICITAR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES:** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una determinada manera o en un lugar determinado. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe presentar su solicitud por escrito al director de cumplimiento. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Aceptaremos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted, y es posible que le pidamos que proporcione información sobre cómo se gestionará el pago.

**DERECHO A RECIBIR UNA COPIA IMPRESA DE ESTE AVISO:** Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede solicitarnos una copia de este aviso en cualquier momento.

**CAMBIOS EN ESTE AVISO:** La fecha de entrada en vigor de este aviso es el 14 de abril de 2003, y se ha actualizado con efecto a partir del 18 de junio de 2026. Nos reservamos el derecho a modificar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer que el aviso revisado o modificado sea efectivo para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Si se modifican los términos de este aviso, ODHC le proporcionará un aviso revisado si lo solicita, y publicaremos el aviso revisado en nuestro sitio web y en lugares designados en ODHC.

**QUEJAS O PREGUNTAS:** Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante ODHC o para hacer una pregunta sobre este aviso, comuníquese con el Director de Cumplimiento al 507-388-2120 o envíe un correo electrónico [aconcerns@odhc.org](mailto:aconcerns@odhc.org). Todas las quejas deben presentarse por escrito. **No se le penalizará por presentar una queja.**

**OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA:** Estamos obligados a obtener su autorización por escrito para la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia, los usos y divulgaciones de información médica protegida con fines de mercadotecnia y las divulgaciones que constituyan una venta de información médica protegida. Salvo lo descrito en este aviso, ODHC no utilizará ni divulgará su información médica protegida sin su autorización específica por escrito. Si nos proporciona esta autorización por escrito para utilizar o divulgar información médica sobre usted, puede revocar dicha autorización, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su autorización,

dejaremos de utilizar o divulgar información médica sobre usted por los motivos cubiertos por su autorización por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos confiado en su autorización. No podemos retirar ninguna divulgación que ya hayamos realizado con su permiso, y estamos obligados a conservar nuestros registros de la atención que le hemos prestado.

**LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL:** ODHC cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (de conformidad con el alcance de la discriminación sexual descrito en 45 CFR §92.101(a)(2)). Open Door Health Center no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ODHC proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares gratuitos y adecuados para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros. ODHC ofrece servicios de asistencia lingüística gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés.

---

**OPEN DOOR HEALTH CENTER**

309 Holly Lane

Mankato, MN 56001

Teléfono: 507-388-2120

Fax: 507-388-3924

Correo electrónico: [concerns@odhc.org](mailto:concerns@odhc.org)

---