

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can gain access to this information. Please review it carefully. HIPAA privacy rules require we provide this notice.

PURPOSE:

Student Health (SH) staff follow the privacy practices described in this notice. SH maintains your medical information in records that will be kept in a confidential manner, as required by law. However, we may use and disclose your medical information to the extent necessary to provide you with quality healthcare regarding treatment, payment, and healthcare operations.

WHAT IS TREATMENT, PAYMENT AND HEALTHCARE OPERATIONS?

Treatment:

Includes sharing information among healthcare providers involved in your care, including psychologists, physicians, counselors, and social workers.

→ **Example:** your physician may share information about your condition with a pharmacist to discuss appropriate medication or other providers to make a diagnosis.

Payment:

SH may use your health information to bill for treatment or services.

→ **Example:** SH may need to give your health information to your insurance plan for payment to SHWB or reimbursement to you.

Healthcare Operation:

SH may also use and disclose your medical information to improve the quality of care.

→ **Example:** SH may use health information to evaluate the performance of our staff caring for you.

FURTHER USE OF YOUR MEDICAL INFORMATION:

Your health information may be used, unless you ask for restrictions on a specific use of disclosure, for:

→ Appointment reminders and to upload missing information in MyHealthSpace. No mobile information will be shared with 3rd parties/affiliates for marketing/promotional purposes. All the above categories exclude text messaging originator opt-in data and consent; this information will not be shared with any 3rd parties.

→ To inform you of treatment alternatives or benefits or services related to your health, which you may opt out of

→ To carry out healthcare treatment, payment and operations functions through business associates

→ In case of emergency or other cases when you are unable to make decisions regarding your medical care, a healthcare provider may disclose to a family member, relative or elected representative of health information which is vital to continuation of care. Once disclosed, this information may not be re-released without your authorization.

→ Worker's Compensation (Your medical information regarding benefits for work related illnesses)

- Health oversight activities, (audits, inspections, investigations and licensure)
- Certain research projects or marketing
- To prevent a serious threat to health or safety
- Law enforcement (in response to a court order or other legal process, to identify or locate an individual being sought by authorities, about the victim of a crime under restricted circumstances, about a death that may be the result of criminal conduct, circumstances relating to reporting information about a crime)
- Disaster relief agency if injured in a disaster
- To public health authorities for reports of child abuse or neglect or if we believe you have been a victim of abuse, neglect, or violence
- Protection of the President or other authorized persons for foreign heads of state, or to conduct special investigations
- As required by law or by the Food and Drug Administration
- Public Health Activities
- National security and intelligence activities
- Lawsuits and disputes (We will attempt to provide advance notice of a subpoena before disclosing the information)
- Alcohol and drug abuse information has special privacy protections. SH will not disclose any health information related to substance abuse assessment/treatment unless the client consents in writing, a court order signed by a judge requires disclosure of the information; medical personnel need the information to meet a medical emergency, qualified personnel use the information for the purpose of conducting research/management audits, or program evaluation, providing medical care or if it is necessary to report a crime, a threat to commit a crime or to report abuse or neglect as required by law
- Disclosure of HIV/AIDS information must have the patient's specific consent. Information released without consent will only be for continuity of care and/or treatment and local authority as required by law
- Other purposes that the Secretary of the United States Department of Health and Human Services deem necessary and appropriate

YOUR AUTHORIZATION IS REQUIRED FOR OTHER DISCLOSURES:

Other uses and disclosures not described in this notice will be made only with your written authorization. You may revoke your permission, which will be effective on the date of your written revocation.

Authorization Required

Written authorization is required for the following disclosures:

- Disclosures for immunizations
- Most uses and disclosures of psychotherapy notes (where appropriate)
- Uses and disclosures of protected health information for personal purposes
- Fundraising related activities or programs and marketing purposes
- Disclosures that constitute a sale of protected health information

Your Medical

Information Rights:

You have rights regarding your medical information, provided you make a written request to invoke the right on the form provided by Student Health.

→ Right to request restrictions.

You may request limitations on your medical information we use or disclose for healthcare treatment, payment or operations, but we are not required to agree to your request. If we agree, we will comply with your request unless the information is needed to provide you with emergency services.

→ Right to request restrictions to a health plan.

You may request the restriction of certain disclosures of your medical information to a health plan if you pay out of pocket in full for the healthcare item of services at SHWB.

→ Right to confidential communications.

You may request communication in a specific manner or location, but you must specify in writing how or where you wish to be contacted.

→ Right to request an amendment.

If you believe your medical information is incorrect or incomplete; you may request an amendment. SHWB is not required to accept the amendment.

→ Right of breach notification.

You may be notified if there is a breach of your medical information.

→ Right to inspect and request a copy.

You have the right to inspect and request a copy of your medical records to include test results, medication lists, referral information and clinical notes (to exclude psychotherapy notes) You have the right to access, inspect and request a copy of your health information for accuracy and completeness. Under limited circumstances your request may be limited due to an exception, but you may appeal and request that another licensed healthcare professional chosen by SHWB review the limitation. SHWB will comply with the review decision.

→ Right to accounting disclosures.

You may request a list of the disclosures of your medical information made to persons or entities other than for healthcare treatment, payment or operations in the past six years, but not prior to April 14, 2003. After the first request, there will be a charge.

→ Right to a copy of this Notice.

You may request a paper copy of this Notice at any time, even if you have been provided with an electronic copy. Electronic copies are available on the Student Health & Well-Being website.

REQUIREMENTS REGARDING THIS NOTICE:

Law requires Student Health to provide you with this Notice. We will be governed by this Notice for as long as it is in effect SHWB may change this Notice, which will be effective for medical information we have about you, as well as any information we receive in the future. Each time you register for healthcare services, you may receive a copy of the Notice in effect at the time.

Complaints:

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with SHWB or with the Secretary of the United States Department of Health and Human Services. You will not be penalized or retaliated against making a complaint.

Contact the Student Health Privacy Officer in Writing if:

- You have a complaint
 - You have any questions about this Notice
 - You wish to request restrictions on uses and disclosures for health care treatment, payment or operations
 - You wish to obtain a form to exercise your individual rights described in this Notice.
- Privacy Officer:
→ UHSPO@mailbox.sc.edu (please do not share protected health information via email)
- SHWB Privacy Officer:
→ shspo@mailbox.sc.edu

USE OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE:

I understand that Student Health may use Artificial Intelligence tools (e.g., for documentation support, appointment management, or improving service quality). These tools are used under provider oversight and comply with privacy and confidentiality standards. You may request more information about how AI is utilized in your care.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted esta información. Por favor, revísela con cuidado. Las normas de privacidad requieren que proporcionemos este aviso.

PROPÓSITO:

El personal de Servicios de Salud del estudiante sigue las prácticas de privacidad descritas en este aviso. SHWB mantiene su información médica en los registros que se mantendrán de una manera confidencial, como lo requiere la ley. Sin embargo, SH pueden utilizar y divulgar su información médica en la medida necesaria para proporcionarle atención médica de calidad en relación con el tratamiento, pago y funcionamientos médico.

¿CUÁLES SON LOS TRATAMIENTO, PAGOS Y FUNCIONAMIENTOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA?

Tratamiento:

Incluye el intercambio de información entre los profesionales de la salud involucrados en su cuidado incluyendo psicólogos, consejeros y trabajadores sociales.

→ **Ejemplo:** Su médico puede compartir información acerca de su condición con un farmacéutico para discutir los medicamentos apropiados u otros proveedores para hacer un diagnóstico.

Pagos:

SHWB puede utilizar su información médica para facturar los tratamientos o servicios prestados.

→ **Example:** SHWB may need to give your health information to your insurance plan for payment to SHWB or reimbursement to you.

Funcionamientos de la Atención Médica:

SH también puede utilizar y divulgar su información médica para mejorar la calidad de la atención.

→ **Ejemplo:** SHWB puede utilizar su información de salud para evaluar el desempeño del personal que lo atiende.

ADEMÁS, EL USO DE SU INFORMACIÓN MÉDICA:

Su información médica puede ser utilizada, a menos que usted pida restricciones sobre un uso específico de la divulgación, para:

- Programación de citas y recordatorios para proporcionar la información faltante en MyHealthSpace. No se compartirá información móvil con terceros/afiliados para fines de marketing o promoción. Todas las categorías anteriores excluyen los datos de suscripción de consentimiento previo y consentimiento del originador de mensajes de texto; esta información no se compartirá con ningún tercero.
- Para informarle de alternativas de tratamiento o beneficios o servicios relacionados con su salud. Usted puede optar por excluirse de este tipo de comunicaciones
- Para llevar a cabo el tratamiento de la salud, pago y operaciones de funciones a través de socios comerciales
- En caso de emergencia, o si usted no puede tomar decisiones sobre su atención médica, un profesional médico podrá revelar información de salud vital a un familiar, pariente o representante autorizado para asegurar la continuidad de la atención. Una vez divulgada, esta información no podrá ser compartida nuevamente sin su autorización
- Procesos relacionados con la compensación a los trabajadores (por ejemplo, beneficios por enfermedades laborales)
- Actividades de supervisión de salud, como auditorías, inspecciones, investigaciones y licencias

- Ciertos proyectos de investigación o comercialización
- Para prevenir una amenaza grave para la salud o la seguridad pública
- Aplicación de la ley (en respuesta a una orden judicial u otro proceso legal, para identificar o localizar a un individuo que está siendo buscado por las autoridades, sobre la víctima de un crimen en circunstancias restringidas, sobre una muerte que puede ser el resultado de una conducta criminal, las circunstancias
- Agencias de ayuda en casos de desastre, si usted resulta lesionado durante un desastre
- Autoridades de salud pública, para reportar casos de abuso infantil o negligencia, o si creemos que usted ha sido víctima de abuso negligencia o violencia
- Protección del Presidente, de otros funcionarios autorizados, de jefes de estado extranjeros, o para la realización de investigaciones especiales
- Conforme a lo establecido por la ley o por la Administración de Alimentos y Medicamentos
- Actividades de salud pública, de seguridad nacional y de inteligencia
- Demandas y disputas
(Nos esforzaremos por notificar previamente cualquier citación antes de divulgar la información)
- La información relacionada con el alcohol y el abuso de drogas cuenta con protecciones especiales de privacidad. SH no revelará información sobre salud mental o información médica relacionada con la evaluación / tratamiento de abuso de sustancias a no ser que el cliente consiente por escrito, haga una orden judicial firmada por un juez requiriendo la revelación de la información; el personal médico necesita la información para satisfacer una emergencia médica, personal calificado necesita la información con fines de llevar a cabo investigaciones, auditorías de gestión o evaluación de programas, o si sea necesario reportar un crimen, una amenaza de cometer un delito, o informar sobre abuso o negligencia, según lo establece la ley. Podemos revelar información médica al personal del centro de asesoramiento o a asesores profesionales, incluida la oficina jurídica de la universidad, así como a organismos o individuos que supervisan nuestras operaciones o colaboran en el cumplimiento de nuestras responsabilidades. Solo divulgaremos la información estrictamente necesaria para la prestación de servicios, y únicamente a las personas que necesiten conocerla

- La divulgación de información sobre el VIH / SIDA debe contar con el consentimiento específico del paciente. La Información dada a conocer sin dicho consentimiento será únicamente para la continuidad de la atención y / o tratamiento, o para cumplir con los requisitos de la autoridad local, según lo establece la ley
- Otros fines que el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos considere necesarios y apropiados

SE REQUIERE SU AUTORIZACIÓN PARA OTRAS DIVULGACIONES:

Otros usos y divulgaciones no descritos en este aviso se realizarán únicamente con su autorización por escrito.

Usted puede revocar dicha autorización en cualquier momento; la revocación será efectiva únicamente a partir de la fecha en que se reciba por escrito.

Requiere autorización

Se requiere una autorización por escrito para las siguientes divulgaciones:

- Divulgaciones relacionadas con las inmunizaciones
- La mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia (cuando corresponda)
- Usos y divulgaciones de información de salud protegida para fines de marketing
- Actividades o programas relacionado con la recaudación de fondos
- Divulgaciones que constituyen una venta de información de salud protegida

Información médica y sus derechos:

Usted tiene derechos respecto a su información médica, siempre y cuando se haga una solicitud por escrito para invocar el derecho en el formulario provisto por SHWB.

→ Derecho a solicitar restricciones.

Usted puede solicitar limitaciones en la información médica que usamos o divulgamos para fines de tratamiento, pago u operaciones. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar su solicitud. En caso de que estemos de acuerdo, cumpliremos con dicha limitación, salvo que la información sea necesaria para brindarle servicios de emergencia.

→ Derecho a solicitar restricciones a un plan de salud.

Usted puede solicitar la restricción de ciertas divulgaciones de su información médica a un plan de salud si usted paga de su bolsillo en su totalidad para el elemento de la asistencia sanitaria de los servicios en SHWB

→ Derecho a recibir comunicaciones confidenciales.

Usted puede solicitar que la comunicación se realice de una manera o una ubicación específica, pero debe indicar por escrito cómo o dónde desea ser contactado.

→ Derecho a solicitar una enmienda.

Si cree que su información médica es incorrecta o incompleta, puede solicitar una modificación. SHWB no está obligado a aceptar la enmienda.

→ Derecho de incumplimiento de notificación.

Usted puede ser notificado en caso de que se produzca un incumplimiento de la seguridad de su información.

→ Derecho de inspeccionar y solicitar una copia.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y solicitar una copia de su información médica. Hay un costo por este servicio. Bajo circunstancias limitadas su solicitud puede ser rechazada, pero puede solicitar una revisión de la negación por otro profesional de la salud autorizado o elegido por SHWB. SHWB cumplirá con el resultado.

→ Derecho de divulgaciones contables.

Usted puede solicitar una lista de las divulgaciones de su información médica realizadas a personas o entidades que no estén relacionadas con el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, correspondientes a los últimos seis años, pero no anteriores al 14 de abril de 2003. Después de la primera solicitud, se aplicará un cargo.

→ Derecho a una copia de este aviso.

Puedes solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ya has recibido una copia electrónica. Las copias electrónicas están disponibles en el sitio web de Salud y Bienestar Estudiantil.

REQUISITOS RELACIONADOS CON ESTE AVISO:

Según la ley, SHWB ofrece este aviso, y los cambios serán efectivos tanto para la información médica que ya tenemos sobre usted como para cualquier información que recibamos en el futuro. Cada vez que se registre en los servicios de salud, podrá recibir una copia del aviso vigente en ese momento.

Querrela:

Si usted considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una querrela con SHWB o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No se le impondrá ninguna penalización ni se le discriminará por presentar una querrela.

Puede Contactar el Oficial de Privacidad de SHWB por Escrito si:

- Usted tiene alguna querrela
- Tiene alguna pregunta sobre este Aviso
- Desea solicitar restricciones en los usos y divulgaciones para el tratamiento de cuidado de la salud, pago u operaciones
- Desea obtener una forma para ejercer sus derechos individuales descritos en este Aviso
- SHWB Oficial de Privacidad UHSpo@mailbox.sc.edu
- Si desea más información, visite: sc.edu/healthservices

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL:

Yo tengo conocimiento que SHWB puede utilizar herramientas de Inteligencia Artificial (p. ej., para asistencia con la documentación, la coordinación de citas o la mejora de la calidad de servicios.) Estas herramientas se utilizan bajo la supervisión del proveedor y cumplen con los