

# NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW HEALTH INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

## OUR LEGAL DUTY

We are required by law to maintain the privacy of protected health information, to provide individuals with notice of our legal duties and privacy practices with respect to protected health information, and to notify affected individuals following a breach of unsecured protected health information. We must follow the privacy practices that are described in this Notice while it is in effect.

**This Notice takes effect 01/01/2026 and will remain in effect until we replace it.**

We reserve the right to change our privacy practices and the terms of this Notice at any time, provided such changes are permitted by applicable law, and to make new Notice provisions effective for all protected health information that we maintain. When we make a significant change in our privacy practices, we will change this Notice and post the new Notice clearly and prominently at our practice location, and we will provide copies of the new Notice upon request. You may request a copy of our Notice at any time.

## HOW WE MAY USE AND DISCLOSE HEALTH INFORMATION ABOUT YOU

We may use and disclose your health information for different purposes, including treatment, payment, and health care operations. Some information, such as HIV-related information, genetic information, alcohol and/or substance abuse records, and mental health records may be entitled to special confidentiality protections under applicable state or federal law.

- **Treatment:** We may use and disclose your health information for your treatment. For example, we may disclose your health information to a specialist providing treatment to you.
- **Payment:** We may use and disclose your health information to obtain reimbursement for the treatment and services you receive from us or another entity involved with your care. For example, we may send claims to your dental health plan containing certain health information.
- **Healthcare Operations:** We may use and disclose your health information in connection with our healthcare operations. For example, healthcare operations include quality assessment and improvement activities, conducting training programs, and licensing activities.

- **Individuals Involved in Your Care or Payment for Your Care:** We may disclose your health information to your family or friends or any other individual identified by you when they are involved in your care or in the payment for your care.
- **Disaster Relief:** We may use or disclose your health information to assist in disaster relief efforts.
- **Required by Law:** We may use or disclose your health information when we are required to do so by law.
- **Public Health Activities:** We may disclose your health information for public health activities, including preventing or controlling disease, reporting child abuse or neglect, and reporting reactions to medications.
- **National Security:** We may disclose to military authorities the health information of Armed Forces personnel under certain circumstances. We may disclose to authorized federal officials health information required for lawful intelligence and other national security activities.
- **Secretary of HHS:** We will disclose your health information to the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services when required to investigate or determine compliance with HIPAA.
- **Worker's Compensation:** We may disclose your PHI to the extent authorized by and to the extent necessary to comply with laws relating to worker's compensation.
- **Law Enforcement:** We may disclose your PHI for law enforcement purposes as permitted by HIPAA, as required by law, or in response to a subpoena or court order.
- **Health Oversight Activities:** We may disclose your PHI to an oversight agency for activities authorized by law such as audits and investigations.
- **Judicial and Administrative Proceedings:** If you are involved in a lawsuit or a dispute, we may disclose your PHI in response to a court or administrative order.
- **Research:** We may disclose your PHI to researchers when their research has been approved by an institutional review board or privacy board.
- **Coroners, Medical Examiners, and Funeral Directors:** We may release your PHI to a coroner or medical examiner to identify a deceased person or determine the cause of death.
- **Fundraising:** We may contact you to provide you with information about our sponsored activities, including fundraising programs. You may opt out of receiving such communications.

## OTHER USES AND DISCLOSURES OF PHI

Your authorization is required, with a few exceptions, for disclosure of psychotherapy notes, use or disclosure of PHI for marketing, and for the sale of PHI. You may revoke an authorization in writing at any time.

## YOUR HEALTH INFORMATION RIGHTS

- **Access:** You have the right to look at or get copies of your health information, with limited exceptions. You must make the request in writing.

- **Disclosure Accounting:** You have the right to receive an accounting of disclosures of your health information in accordance with applicable laws.
- **Right to Request a Restriction:** You have the right to request additional restrictions on our use or disclosure of your PHI by submitting a written request to the Privacy Official.
- **Alternative Communication:** You have the right to request that we communicate with you about your health information by alternative means or at alternative locations.
- **Amendment:** You have the right to request that we amend your health information.
- **Right to Notification of a Breach:** You will receive notifications of breaches of your unsecured protected health information as required by law.
- **Electronic Notice:** You may receive a paper copy of this Notice upon request, even if you have agreed to receive it electronically.

## **QUESTIONS AND COMPLAINTS**

If you want 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, you may complain to us or to the U.S. Department of Health and Human Services.

**Our Privacy Official:** Si Cindy Shi Elsharouny

**Telephone:** 516-276-0308

**Address:** 350 Old Country Rd, Suite 105, Garden City, NY 11530

**Fax:** 516-276-0500

## ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT

I acknowledge that I have received a copy of this office's Notice of Privacy Practices.

**Print Name:** \_\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

---

### FOR OFFICE USE ONLY

We attempted to obtain written acknowledgment of our Notice of Privacy Practices but it could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communication barriers prohibited obtaining recognition
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgment
- Others (specify): \_\_\_\_\_

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALO DETENIDAMENTE.

## NUESTRO DEBER LEGAL

Por ley, a nosotros se nos requiere mantener la privacidad de la información de salud protegida, entregarles a los pacientes un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad, y notificarles a las personas afectadas después de cualquier acceso no autorizado. Tenemos que cumplir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras esté en vigencia.

**Este Aviso entrará en vigencia en 01/01/2026 y seguirá vigente hasta que lo reemplacemos.**

Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento. Cuando hagamos un cambio significativo, nosotros cambiaremos este Aviso y colocaremos una copia de manera clara y prominente en nuestro consultorio. Usted puede pedir una copia de nuestro Aviso en cualquier momento.

## MANERAS EN LAS QUE PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

Nosotros podemos usar y divulgar su información de salud para diferentes propósitos, entre ellos tratamiento, pago y operaciones de salud. Cierta información, como la relacionada con VIH o salud mental, podría contar con protecciones especiales de confidencialidad.

- **Tratamiento:** Nosotros podemos usar y divulgar su información de salud para su tratamiento. Por ejemplo, podemos compartir su información de salud con un especialista que le esté proporcionando tratamiento.
- **Pagos:** Nosotros podemos usar y divulgar su información de salud para obtener reembolso por el tratamiento y los servicios que usted reciba. Por ejemplo, podemos enviarle reclamos a su plan dental.
- **Operaciones de salud:** Nosotros podemos usar y divulgar su información de salud en conexión con nuestras operaciones de salud, como evaluaciones de calidad y programas de capacitación.
- **Personas involucradas en su atención:** Nosotros podemos compartir su información de salud con un familiar o amigo suyo que esté involucrado con su atención o el pago de la misma.
- **Asistencia en caso de desastres:** Nosotros podemos usar o divulgar su información de salud para prestar ayuda en casos de desastre.
- **Requerido por ley:** Nosotros podemos usar o divulgar su información de salud cuando sea requerido por ley.

- **Actividades de salud pública:** Podemos divulgar su información para prevenir o controlar enfermedades, reportar abuso de niños o reacciones a medicamentos.
- **Seguridad Nacional:** Podemos divulgar la información de salud del personal de las fuerzas armadas a las autoridades militares o funcionarios federales autorizados para actividades legales de inteligencia.
- **Secretario del HHS:** Divulgaremos su información al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos para determinar el cumplimiento de la Ley HIPAA.
- **Compensación obrera:** Podemos divulgar su información para cumplir las leyes relacionadas con la compensación obrera.
- **Ejecución de la ley:** Podemos divulgar su información protegida por motivos de ejecución de la ley según esté permitido por HIPAA o en respuesta a una orden judicial.
- **Actividades de supervisión de salud:** Podemos compartir su información con una agencia de supervisión para actividades como auditorías e inspecciones.
- **Procesos judiciales y administrativos:** Si usted está involucrado en una demanda, podemos divulgar su información en respuesta a una orden de un tribunal.
- **Investigación:** Podemos compartir su información con investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional.
- **Médicos forenses y directores fúnebres:** Podemos compartir su información con un médico forense para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de muerte.
- **Recaudación de fondos:** Podemos comunicarnos con usted para darle información sobre programas de recaudación de fondos. Usted puede optar por no recibir estas comunicaciones.

## OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Se requerirá su autorización para divulgar notas de sicoterapia, para propósitos de mercadeo o vender la información. Usted puede revocar una autorización por escrito en cualquier momento.

## SUS DERECHOS EN CUANTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD

- **Acceso:** Usted tiene derecho a ver o conseguir copias de su información de salud. Deberá solicitarlo por escrito.
- **Registro de divulgación:** Usted tiene derecho a recibir un registro de las veces que se ha divulgado su información de salud.
- **Derecho a solicitar una restricción:** Usted tiene derecho de solicitar restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información.
- **Comunicación alternativa:** Usted tiene derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted por un medio o lugar alternativo.
- **Enmienda:** Usted tiene derecho a pedir que enmendemos su información de salud.
- **Derecho a recibir notificación de acceso no autorizado:** Usted recibirá notificaciones de cualquier acceso no autorizado a su información según se requiere por ley.
- **Aviso electrónico:** Usted puede recibir una copia impresa de este Aviso si la solicita.

## **PREGUNTAS Y QUEJAS**

Si desea más información o tiene preguntas, comuníquese con nosotros. Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentarnos una queja a nosotros o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

**Nuestro Funcionario de Privacidad:** Si Cindy Shi Elsharouny

**Teléfono:** 516-276-0308

**Dirección:** 350 Old Country Rd, Suite 105, Garden City, NY 11530

**Fax:** 516-276-0500

## ACUSE DE RECIBO

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

### FOR OFFICE USE ONLY

We attempted to obtain written acknowledgment of our Notice of Privacy Practices but it could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communication barriers prohibited obtaining recognition
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgment
- Others (specify): \_\_\_\_\_