

Exer Urgent Care
Notice of HIPAA Privacy Practices
Effective Date – September 22, 2025

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.

YOUR RIGHTS

When it comes to your health information, you have certain rights. This section explains your rights and some of our responsibilities to help you.

Get an electronic or paper copy of your medical record: You can ask to see or get an electronic or paper copy of your medical record and other health information we have about you. Ask us how to do this. We will provide a copy or summary of your health information, usually within 30 days of your request. We may charge a reasonable, cost-based fee.

Ask us to correct your medical record: You can ask us to correct health information about you that you think is incorrect or incomplete. Ask us how to do this. We may say “no” to your request, but we’ll tell you why in writing within 60 days.

Request confidential communications: You can ask us to contact you in a specific way (for example, home or office phone) or to send mail to a different address. We will say “yes” to all reasonable requests.

Ask us to limit what we use or share: You can ask us not to use or share certain health information for treatment, payment, or our operations. We are not required to agree to your request, and we may say “no” if it would affect your care. If you pay for a service or health care item out-of-pocket in full, you can ask us not to share that information for the purposes of payment or our operations with your health insurer. We will say “yes” unless a law requires us to share that information.

Get a list of those with whom we’ve shared information: You can ask for a list (accounting) of the times we’ve shared your health information for six years prior to the date you ask, who we shared it with, and why. We will include all the disclosures except for those about treatment, payment, and health care operations, and certain other disclosures (such as any you asked us to make). We’ll provide one accounting a year for free but will charge a reasonable, cost-based fee if you ask for another one within 12 months.

Get a copy of this privacy notice: You can ask for a paper copy of this notice at any time, even if you have agreed to receive the notice electronically. We will provide you with a paper copy promptly.

Choose someone to act for you: If you have given someone medical power of attorney or if someone is your legal guardian, that person can exercise your rights and make choices about your health information. We will make sure the person has this authority and can act for you before we take any action.

File a complaint if you feel your rights are violated: You can complain if you feel we have violated your rights by contacting us using the information below. You can also file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. 20201, calling 1-877-696-6775, or visiting www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. We will not retaliate against you for filing a complaint.

YOUR CHOICES

For certain health information, you can tell us your choices about what we share. If you have a clear preference for how we share your information in the situations described below, talk to us. Tell us what you want us to do, and we will follow your instructions.

In these cases, you have both the right and choice to tell us to: (1) Share information with your family, close friends, or others involved in your care; (2) Share information in a disaster relief situation. If you are not able to tell us your preference, for example if you are unconscious, we may go ahead and share your information if we believe it is in your best interest. We may also share your information when needed to lessen a serious and imminent threat to health or safety.

In these cases, we never share your information unless you give us written permission: marketing purposes, sale of your information, and most sharing of psychotherapy notes.

In the case of fundraising: We may contact you for fundraising efforts, but you can tell us not to contact you again.

In the case of our participation in internal Health Information Exchange(s) (HIEs) and external HIE networks, we may share information about you electronically with other organizations.

OUR USES AND DISCLOSURES

We typically use or share your health information in the following ways:

Treat you: We can use your health information and share it with other professionals who are treating you. For example, a doctor treating you for an injury asks another doctor about your overall condition.

Run our organization: We can use and share your health information to run our practice, improve your care, and contact you when necessary. For example, we use health information about you to manage your treatment and services.

Bill for your services: We can use and share your health information to bill and get payment. For example, we give information about you to your health insurance plan so it will pay for your services.

How else can we use or share your health information?

We are allowed or required to share your information in other ways – usually in ways that contribute to the public good, such as public health and research. We have to meet many conditions in the law before we can share your information for these purposes. For more information see www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Help with public health and safety issues: We can share health information about you for certain situations such as (1) preventing disease; (2) helping with product recalls; (3) reporting adverse reactions to medications; (4) reporting suspected abuse, neglect or domestic violence; (5) preventing or reducing a serious threat to anyone's health or safety.

Do research: We can use or share your information for health research.

Comply with the law: We will share information about you if state or federal laws required it, including with the Department of Health and Human Services if it wants to see that we're complying with federal privacy law.

Respond to organ and tissue donation requests: We can share health information about you with organ procurement organizations.

Work with a medical examiner or funeral director: We can share health information with a coroner, medical examiner, or funeral director when an individual dies.

Address workers' compensation, law enforcement, and other government requests: We can use or share health information about you: (1) for workers' compensation claims; (2) for law enforcement purposes or with a law enforcement official; (3) with health oversight agencies for activities authorized by law; (4) for special government functions such as military, national security, and presidential protective services.

Respond to lawsuits and legal actions: We can share health information about you in response to a court or administrative order, or in response to a subpoena.

SPECIAL CATEGORIES OF INFORMATION

In many circumstances, we are required to provide more restrictive treatment to the following types of information: psychotherapy notes, genetic testing information, information on persons with developmental disabilities, information concerning HIV/AIDS testing, and alcohol and drug use treatment.

Patient Substance Use Disorder Records

Certain Exer Urgent Care programs may be subject to the federal substance use disorder confidentiality law and regulations found at 42 U.S.C. § 290dd2 and 42 C.F.R. Part 2 ("Part 2") as a substance use disorder treatment program ("Part 2 Program"). In such instances, information regarding your substance use disorder treatment, including your presence in a Part 2 Program, and payment for those services, is protected by both HIPAA and may have additional privacy protections under Part 2. Under Part 2, you generally must give written consent before information identifying you as a patient of a Part 2 Program or your substance use disorder records may be disclosed, including to entities or individuals who are paying your insurance claims. We may ask that you help us care for you and support your treatment goals by providing a written consent that allows the Part 2 Program's providers to receive from and disclose to other treating providers your identity and information in order to provide you the care you need, to obtain payment for care and treatment,

and to allow for communication with other professionals, friends and advocates involved in your treatment or recovery.

Pursuant to Part 2, there are limited circumstances in which a Part 2 Program may acknowledge your presence in the program or disclose your substance use disorder records protected by Part 2 to others outside the Part 2 Program without your written consent, such as:

- To medical personnel in medical emergencies when prior consent cannot be obtained from you;
- For research purposes;
- For audits and evaluations;
- To the Department of Veterans Affairs or Armed Forces;
- For communication within a Part 2 Program or between a Part 2 Program and an entity having direct administrative control over that Part 2 Program;
- Pursuant to an agreement with a qualified service organization;
- To report crimes on Part 2 Program premises or against Part 2 Program personnel, or a threat to commit such a crime;
- To report suspected child abuse or neglect to appropriate authorities; or
- As permitted by a valid court order.

Violation of the federal law and regulations by a Part 2 Program is a crime and suspected violations may be reported to appropriate authorities consistent with the regulations under 42 CFR § 2.4. You may report any suspected Part 2 Program violations to the Privacy Officer listed below, or to the United States Attorney for the judicial district in which the violation occurs, as well as to the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) office responsible for opioid treatment program oversight. The contact information for the Office of the United States Attorney of the Central District of California is:

United States Attorney's Office
Central District of California
312 North Spring Street, Suite 1200
Los Angeles, California 90012
<https://www.justice.gov/usao-cdca/contact#mail>

Part 2 does not protect either (i) information related to a patient's commission of a crime on the premises of the Part 2 Program or against personnel of the Part 2 Program, or (ii) reports of suspected child abuse and neglect made under state law to appropriate state or local authorities.

OUR RESPONSIBILITIES

We are required by law to maintain the privacy and security of your protected health information.

We will let you know promptly if a breach occurs that may have compromised the privacy or security of your information.

We must follow the duties and privacy practices described in this notice and give you a copy of it.

We will not use or share your information other than as described here unless you tell us we can in writing. If you tell us we can, you may change your mind at any time. Let us know in writing if you change your mind.

For more information see:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

CHANGES TO THE TERMS OF THIS NOTICE:

We can change the terms of this notice, and the changes will apply to all information we have about you. The new notice will be available upon request, in our office, and on our website.

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS, PLEASE CONTACT:

Exer Urgent Care

Privacy Officer

2381 Rosecrans Avenue, Suite 115

El Segundo, CA 90245

800-218-9474

PrivacyOfficer@exerurgentcare.com

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGMENT

I have received or had the opportunity to review the above Notice of Privacy Practices, which is also available electronically at <https://exerurgentcare.com/notice-of-privacy-practices/> that describes how my medical information may be used and disclosed and how I can access this information. I also understand that I may access a copy of these forms at any time on the company's website.

I acknowledge that I am signing this document electronically and that the electronic image will become the original document and that copies of this image may be used in place of the original.

Patient Name: _____

Patient / Representative Signature: _____ Date: _____

The document below is a Spanish translation of this form provided for the convenience of our Spanish-reading patients.

This document is a translation of the original English version of the form above, provided for the convenience of our Spanish-reading patients.

Exer Urgent Care

Aviso de prácticas de privacidad según la HIPAA

Fecha de entrada en vigencia: 17 de julio de 2023

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

SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene determinados derechos. En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para brindarle ayuda.

Obtener una copia electrónica o impresa de su historia clínica: puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su historia clínica y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo. Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, por lo general, en un plazo de 30 días a partir de su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable basada en el costo.

Solicitar que corrijamos su historia clínica: puede solicitarnos que corrijamos información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo. Podemos “rechazar” su solicitud, pero le explicaremos los motivos por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales: puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente. “Aceptaremos” todas las solicitudes razonables.

Solicitar que limitemos lo que usamos o compartimos: puede solicitarnos que no usemos ni compartamos determinada información de salud con respecto al tratamiento, al pago o a nuestras operaciones. No tenemos la obligación de aceptar su solicitud y podemos “rechazarla” si esto afectara su atención. Si usted paga de su bolsillo y en su totalidad por un servicio o artículo de atención médica, puede solicitarnos que no compartamos esa información con su aseguradora de salud para fines de pago u operaciones. Lo “aceptaremos” a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información: puede solicitar una lista (registro) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha en que la solicita, con quién la compartimos y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas relacionadas con tratamiento, pago y operaciones de atención médica, así como algunas otras divulgaciones (como por ejemplo aquellas que usted nos haya solicitado realizar). Le proporcionaremos un registro al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro en un plazo de 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad: puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa lo antes posible.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre: si usted ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se han violado sus derechos: puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros utilizando la siguiente información. También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington D. C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

SUS OPCIONES

Para determinada información de salud, puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Indíquenos cómo quiere que procedamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de indicarnos que: (1) compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención; (2) compartamos información en una situación de asistencia en caso de desastre. Si no puede indicarnos su preferencia, por ejemplo si está inconsciente, podemos proceder y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito: fines de marketing, venta de su información y la mayoría de los intercambios de notas de psicoterapia.

En el caso de recaudación de fondos: podemos comunicarnos con usted para realizar esfuerzos de recaudación de fondos, pero puede indicarnos que no lo contactemos nuevamente.

En el caso de nuestra participación en Intercambios de Información de Salud (*Health Information Exchanges*, HIE) internos y redes de HIE externas, podemos compartir información sobre usted de manera electrónica con otras organizaciones.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

Solemos usar o compartir su información de salud de las siguientes maneras:

Ofrecerle tratamiento: podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando. Por ejemplo, un médico que lo está tratando por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado general.

Administrar nuestra organización: podemos usar y compartir su información de salud para administrar nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Por ejemplo, utilizamos su información de salud para manejar su tratamiento y sus servicios.

Facturar sus servicios: podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos. Por ejemplo, le proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague sus servicios.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, en general de formas que contribuyen al bien público, como por ejemplo salud pública e investigación. Debemos cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudar con asuntos de salud y seguridad públicas: podemos compartir su información de salud en determinadas situaciones, tales como (1) prevenir enfermedades; (2) ayudar con el retiro de productos; (3) informar reacciones adversas a medicamentos; (4) informar sospechas de maltrato, negligencia o violencia doméstica; (5) prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o la seguridad de cualquier persona.

Realizar investigaciones: podemos usar o compartir su información para investigaciones relacionadas con la salud.

Cumplir con la ley: compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Sociales si desea comprobar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos: podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

Trabajar con un médico forense o un director de funeraria: podemos compartir información de salud con un forense, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona muere.

Abordar las solicitudes de compensación laboral, cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales: podemos usar o compartir información de salud sobre usted: (1) para reclamos de compensación laboral; (2) para fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley; (3) con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley; (4) para funciones gubernamentales especiales, tales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

Responder a demandas y acciones legales: podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

CATEGORÍAS ESPECIALES DE INFORMACIÓN

En muchas circunstancias, tenemos la obligación de brindar un tratamiento más restrictivo a los siguientes tipos de información: notas de psicoterapia, información sobre pruebas genéticas, información sobre personas con discapacidades del desarrollo, información relativa a las pruebas de VIH/SIDA y tratamiento por consumo de alcohol y drogas.

Registros de trastornos por consumo de sustancias de los pacientes

Determinados programas de Exer Urgent Care pueden estar sujetos a la ley federal de confidencialidad sobre trastornos por consumo de sustancias y a las regulaciones que se encuentran

en el Título 42 del Código de los Estados Unidos (*United States Code, USC*), § 290dd2, y el Título 42 del CFR, Parte 2 ("Parte 2"), como un programa de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias ("Programa de la Parte 2"). En tales casos, la información sobre el tratamiento para su trastorno por consumo de sustancias, incluida su presencia en un Programa de la Parte 2 y el pago de dichos servicios, está protegida tanto por la HIPAA como por otras leyes que pueden tener protecciones de privacidad adicionales en virtud de la Parte 2. En virtud de la Parte 2, en general debe dar su consentimiento por escrito antes de que se pueda divulgar información que lo identifique como paciente de un Programa de la Parte 2 o sus registros de trastornos por consumo de sustancias, incluso a entidades o personas que pagan sus reclamos de seguro. Es posible que le pidamos que nos ayude en su atención y en el cumplimiento sus objetivos de tratamiento proporcionando un consentimiento por escrito que permita a los proveedores del Programa de la Parte 2 recibir y divulgar a otros proveedores de tratamiento su identidad e información para brindarle la atención que necesita, obtener el pago por la atención y el tratamiento, y permitir la comunicación con otros profesionales, amigos y defensores involucrados en su tratamiento o recuperación.

De conformidad con la Parte 2, existen circunstancias limitadas en las que un Programa de la Parte 2 puede reconocer su presencia en el programa o divulgar sus registros de trastornos por consumo de sustancias protegidos por la Parte 2 a otras personas fuera del Programa de la Parte 2 sin su consentimiento por escrito, como por ejemplo:

- Al personal médico en emergencias médicas cuando no se pueda obtener su consentimiento previo;
- Para fines de investigación;
- Para auditorías y evaluaciones;
- Al Departamento de Asuntos de Veteranos o Fuerzas Armadas;
- Para la comunicación dentro de un Programa de la Parte 2 o entre un Programa de la Parte 2 y una entidad que tenga control administrativo directo sobre ese Programa de la Parte 2;
- De conformidad con un acuerdo con una organización de servicios calificada;
- Para denunciar delitos cometidos en las instalaciones del Programa de la Parte 2 o contra el personal del Programa de la Parte 2, o una amenaza de cometer un delito de ese tipo;
- Para denunciar sospechas de maltrato o negligencia infantil a las autoridades correspondientes; o
- Según lo permita una orden judicial válida.

La violación de la ley y las regulaciones federales por parte de un Programa de la Parte 2 es un delito y las presuntas violaciones pueden informarse a las autoridades correspondientes de conformidad con las regulaciones según el Título 42 del CFR, § 2.4. Usted puede denunciar cualquier presunta violación del Programa de la Parte 2 al oficial de privacidad que se indica a continuación, al fiscal de los Estados Unidos del distrito judicial donde ocurra la violación, así como a la oficina de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA*) responsable de la supervisión de los programas de tratamiento para el consumo de opioides. La información de contacto de la Oficina del Fiscal de los Estados Unidos del Distrito Central de California es:

United States Attorney's Office
Central District of California
312 North Spring Street, Suite
1200
Los Angeles, California 90012
<https://www.justice.gov/usao-cdca/contact#mail>

La Parte 2 no protege (i) la información relacionada con la comisión de un delito por parte de un paciente en las instalaciones del Programa de la Parte 2 o contra el personal del Programa de la Parte 2, ni (ii) los informes de sospecha de maltrato y negligencia infantil realizados conforme a la ley estatal ante las autoridades estatales o locales correspondientes.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

La ley nos exige mantener la privacidad y la seguridad de su información de salud protegida.

Le informaremos lo antes posible si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.

Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad descritos en este aviso y entregarle una copia de este.

No usaremos ni compartiremos su información de otro modo que no sea el descrito en este documento, a menos que usted nos autorice por escrito. Si nos da su autorización, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

CAMBIOS A LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO:

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, COMUNÍQUESE CON:

Exer Urgent Care
Privacy Officer
2381 Rosecrans Ave., Suite 115
El Segundo, CA 90245
800-218-9474
PrivacyOfficer@exerurgentcare.com

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y RECONOCIMIENTO

Recibí o tuve la oportunidad de revisar el Aviso de prácticas de privacidad, que está disponible electrónicamente en <https://exerurgentcare.com/privacy-practices-spanish/> dicho documento describe cómo se podría utilizar y divulgar mi información de salud y cómo puedo acceder a esta información. También entiendo que puedo acceder a una copia de estos formularios en cualquier momento en el sitio web de la empresa.

Reconozco que estoy firmando este documento a través de una plataforma de firma electrónica, que la imagen electrónica se convertirá en el documento original y que se pueden usar copias de esta imagen en lugar del original.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente/representante: _____ Fecha: _____