

OHIO NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

The following is information regarding your health information rights. This information supplements the information provided in the Shopko Notice of Privacy Practices.

Your Health Information Rights

You have the right to inspect and copy records. We will not disclose your health care records to you or your family or friends involved in your care without first obtaining your written informed consent.

For our pharmacy patients, the following replaces the "Uses and Disclosures of Protected Health Information" and "Other Uses and Disclosures" sections of the Shopko Notice of Privacy Practices in their entirety.

Unless we have obtained your written consent, we will only disclose your pharmacy records to:

- You.
- The prescriber who issued the prescription or medication order.
- Certified/licensed health care personnel who are responsible for your care.
- A member, inspector, agent, or investigator of the State Board of Pharmacy or any federal, state, county, or municipal officer whose duty is to enforce the laws of this state or the United States relating to drugs and who is engaged in a specific investigation involving a designated person or drug.
- An agent of the state medical board when enforcing the statutes governing physicians and limited practitioners.
- An agency of government charged with the responsibility of providing medical care for you, upon a written request by an authorized representative of the agency requesting such information.
- An agent of a medical insurance company who provides prescription insurance coverage to you, upon authorization and proof of insurance by you or proof of payment by the insurance company for those medications whose information is requested.
- An agent who contracts with the pharmacy as a "business associate" in accordance with the regulations promulgated by the secretary of the United States Department of Health and Human Services pursuant to the federal standards for privacy of individually identifiable health information.
- In emergency situations, when it is in your best interest.

SHOPKO[®]
FORM HIPAA-0026 09/13

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE OHIO

La información a continuación se refiere a sus derechos a información de salud. Esta información complementa aquella proporcionada en la Notificación de prácticas de privacidad de Shopko.

Sus derechos a información de salud

Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar registros. No divulgaremos sus registros de atención médica a usted o a sus familiares o amigos que participen en su atención sin obtener primero su consentimiento informado por escrito.

Para los pacientes que acuden a nuestra farmacia, las disposiciones a continuación reemplazan en su totalidad a las secciones "Usos y divulgaciones de información de salud protegida" y "Otros usos y divulgaciones" de la Notificación de prácticas de privacidad de Shopko.

Salvo que hayamos obtenido su consentimiento por escrito, solo divulgaremos sus registros farmacéuticos a las siguientes personas o en las siguientes circunstancias, según corresponda:

- Usted.
- El médico que emitió la receta u orden de medicamentos.
- Profesionales de atención médica habilitados/certificados que sean responsables de su cuidado.
- Un miembro, inspector, agente o investigador de la Junta Farmacéutica Estatal, o un funcionario federal, estatal, del condado o municipal cuya función sea aplicar las leyes de este estado o de los Estados Unidos en relación con drogas o que esté participando en una investigación específica que involucre a una determinada persona o a una determinada droga.
- Un agente de la junta médica estatal cuando exija el cumplimiento de las leyes que rigen a los médicos y a los profesionales médicos con especialización limitada.
- Una agencia del gobierno que sea responsable de brindarle atención médica, a solicitud por escrito de un representante autorizado de la agencia que solicita la información.
- Un agente de la compañía de seguros médicos que le brinde a usted cobertura de seguro de recetas, previa presentación, por su parte, de una autorización y constancia del seguro, o de un comprobante del pago por la compañía de seguros respecto de los medicamentos acerca de los que se solicita información.
- Un agente que contrate con la farmacia como "asociado comercial" de conformidad con las reglamentaciones de la secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de acuerdo con las normas federales de privacidad de información personal individualmente identificable.
- En situaciones de emergencia, cuando sea lo más conveniente para usted.