FLORIDA ARTHRITIS CENTER PL
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Effective date: October 19, 2026

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED, HOW YOU CAN ACCESS IT, AND HOW TO FILE A PRIVACY COMPLAINT. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.
This notice applies to Florida Arthritis Center PLLC and its workforce at both the Lake Mary and DeBary locations identified at the end of this notice. In this notice, "we," "our," and "the practice" mean Florida Arthritis Center PL.

YOUR RIGHTS

Get a copy of your medical record. You may inspect or request an electronic or paper copy of medical records and other health information we maintain about you. We generally will respond within 30 days, subject to a permitted extension, and may charge only a reasonable, cost-based fee as allowed by law. You may also request that we send a copy to another person or organization, subject to applicable requirements.

Ask us to correct your record. You may request an amendment if you believe information is inaccurate or incomplete. We may deny a request in certain circumstances and will explain the denial and your right to submit a statement of disagreement.

Request confidential communications. You may ask us to contact you in a particular way or at a particular address. We will accommodate reasonable requests and will not require you to explain why.

Request restrictions. You may ask us not to use or share certain information for treatment, payment, or health care operations. We are not generally required to agree. However, if you pay in full out of pocket for a service, you may request that we not disclose information about that service to your health plan for payment or health care operations, unless disclosure is required by law.

Request an accounting of disclosures. You may request a list of certain disclosures of your health information for the six years before your request. Some disclosures, including most for treatment, payment, and operations, are excluded. The first accounting within a 12-month period is free; we may charge a reasonable fee for additional accountings after notifying you.

Get a copy of this notice. You may request a paper copy at any time, even if you agreed to receive it electronically.

Choose a representative. If someone has legal authority to act for you, such as a legal guardian or authorized health care representative, that person may exercise your rights consistent with applicable law.

File a complaint. You may complain to our Privacy Officer or the U.S. Department of Health and Human Services (HHS) Office for Civil Rights. We will not retaliate against you for filing a complaint.

YOUR CHOICES

You may tell us your preferences about sharing information with family members, close friends, or others involved in your care or payment for your care, and for disaster relief. If you cannot tell us your preference, we may share information when, using professional judgment, we believe it is in your best interest and permitted by law.

We will obtain your written authorization for uses and disclosures that require it, including most marketing uses, sale of protected health information, and most uses or disclosures of psychotherapy notes if we maintain them. You may revoke an authorization in writing, except to the extent we already acted in reliance on it.

We may contact you about fundraising where permitted, and you may opt out of further fundraising communications. If fundraising involves records protected by 42 CFR Part 2, additional notice and choice protections apply as described below.

FLORIDA ARTHRITIS CENTER PL
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

HOW WE MAY USE AND SHARE YOUR INFORMATION

Treatment. We may use and share information with doctors, pharmacies, laboratories, imaging centers, and other health care professionals involved in your care. For example, we may send clinical information to a specialist.

Payment. We may use and disclose information to bill and collect payment from you, insurers, or other payers, including to obtain coverage determinations or authorizations.

Health care operations. We may use and share information to operate the practice, coordinate care, improve quality, train authorized personnel, conduct audits, and evaluate services.

Other permitted or required purposes. Subject to applicable legal conditions, we may disclose information for public health reporting, health oversight, required reports of abuse or neglect, preventing or reducing a serious and imminent threat, workers' compensation, organ and tissue donation, medical examiners and funeral directors, certain research activities, and compliance with law. We may respond to lawful court orders, subpoenas, law enforcement requests, military or national security requests, and other government requests only to the extent permitted or required by applicable law.

Business associates. We may share information with contractors performing services for us, such as billing, information technology, or record management, subject to applicable privacy and security safeguards.

Appointments and care coordination. We may contact you about appointments, treatment alternatives, and health-related services, consistent with applicable law and your communication preferences.

SPECIAL PROTECTIONS FOR SUBSTANCE USE DISORDER RECORDS

Some substance use disorder (SUD) treatment records are subject to additional federal confidentiality protections under 42 CFR Part 2. If we receive or maintain records protected by Part 2, we will handle them in accordance with those rules. Depending on the consent provided and applicable law, Part 2 records may be used or disclosed for treatment, payment, and health care operations. Other uses and disclosures may require separate consent or another specific legal basis.

Legal proceedings protection. Part 2 records generally cannot be used or disclosed in civil, criminal, administrative, or legislative investigations or proceedings against you without your written consent or a qualifying court order accompanied by a subpoena or other legal mandate, as applicable. A general authorization for treatment, payment, or operations does not by itself authorize such use.

Fundraising and counseling notes. Before using Part 2 records for fundraising, we will provide any required clear notice and opportunity to opt out. Separate consent is required for uses or disclosures of SUD counseling notes when required by Part 2.

Certain redisclosures of Part 2 records by HIPAA covered entities or business associates may be permitted under HIPAA following a valid Part 2 consent, but the special prohibition on use in proceedings against a patient continues to apply. Other federal or Florida laws that provide stronger privacy protections will be followed.

OUR RESPONSIBILITIES

We are required by law to maintain the privacy and security of protected health information, provide this notice, and follow the privacy practices described in the notice currently in effect. We will notify affected individuals following a breach of unsecured protected health information when required by law. We will not use or disclose information other than as described here or otherwise allowed by law without your written authorization.

We may revise this notice and make the revised terms apply to information already maintained as well as information

received later. The current notice will be available at both locations and, if we maintain a website describing our services, on that website.

QUESTIONS, REQUESTS, AND COMPLAINTS

Privacy Officer - Florida Arthritis Center PL
Lake Mary: 3070 W. Lake Mary Blvd., Lake Mary, FL 32746
Office: 407-688-9446 | Fax: 407-688-9448

Additional location - DeBary
609 N. Charles Richard Beall Blvd., DeBary, FL 32713
Office: 386-668-1410 | Fax: 407-688-9448

You may also file a complaint with the HHS Office for Civil Rights at **www.hhs.gov/ocr/complaints** or by contacting HHS at 200 Independence Avenue SW, Washington, DC 20201. We will not retaliate against you for making a complaint.

FLORIDA ARTHRITIS CENTER PL
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT

I acknowledge that I was offered or received Florida Arthritis Center PL's Notice of Privacy Practices. My signature acknowledges receipt only; it is not consent to treatment or authorization to disclose health information.

Patient name: _____ Date: _____

Patient / authorized representative signature: _____

If representative, relationship/authority: _____

FLORIDA ARTHRITIS CENTER PL
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de entrada en vigor: 19 de octubre de 2026

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA Y CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE PRIVACIDAD. LÉALO DETENIDAMENTE.
Este aviso se aplica a Florida Arthritis Center PLLC y a su personal en las sedes de Lake Mary y DeBary indicadas al final. En este aviso, «nosotros», «nuestro» y «el consultorio» se refieren a Florida Arthritis Center PL.

SUS DERECHOS
Obtener una copia de su expediente médico. Puede consultar o solicitar una copia electrónica o impresa de los expedientes médicos y demás información de salud que conservamos sobre usted. Por lo general, responderemos dentro de 30 días, sujeto a una prórroga permitida, y solo podremos cobrar una tarifa razonable basada en los costos, conforme a la ley. También puede solicitar que enviemos una copia a otra persona u organización, sujeto a los requisitos aplicables.

Solicitar una corrección de su expediente. Puede solicitar una modificación si considera que la información es incorrecta o está incompleta. Podemos rechazar la solicitud en determinadas circunstancias; le explicaremos el motivo y su derecho a presentar una declaración de desacuerdo.

Solicitar comunicaciones confidenciales. Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica o en una dirección determinada. Atenderemos las solicitudes razonables y no le exigiremos explicar el motivo.

Solicitar restricciones. Puede pedirnos que no usemos ni compartamos determinada información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Por lo general, no estamos obligados a aceptar. Sin embargo, si paga íntegramente de su bolsillo un servicio, puede solicitar que no divulguemos información sobre ese servicio a su plan de salud para fines de pago u operaciones de atención médica, salvo que la ley exija la divulgación.

Solicitar un registro de divulgaciones. Puede solicitar una lista de determinadas divulgaciones de su información de salud realizadas durante los seis años anteriores a su solicitud. Se excluyen algunas divulgaciones, incluidas la mayoría de las relacionadas con tratamiento, pago y operaciones. El primer registro en un período de 12 meses es gratuito; podemos cobrar una tarifa razonable por registros adicionales después de informarle.
Obtener una copia de este aviso. Puede solicitar una copia impresa en cualquier momento, incluso si aceptó recibirlo electrónicamente.

Designar a un representante. Si alguien tiene autoridad legal para actuar en su nombre, como un tutor legal o representante autorizado para la atención médica, esa persona puede ejercer sus derechos conforme a la ley aplicable.

Presentar una queja. Puede presentar una queja ante nuestro Responsable de Privacidad o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS). No tomaremos represalias por presentar una queja.

SUS OPCIONES
Puede indicarnos sus preferencias sobre compartir información con familiares, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención o en el pago de ella, y para fines de asistencia en casos de desastre. Si no puede expresarnos sus preferencias, podemos compartir información cuando, según nuestro criterio profesional, consideremos que es lo mejor para usted y la ley lo permita.

Obtendremos su autorización por escrito para los usos y divulgaciones que la requieran, incluidos la mayoría de los usos con fines de mercadotecnia, la venta de información médica protegida y la mayoría de los usos o divulgaciones de notas de psicoterapia, si las conservamos. Puede revocar una autorización por escrito, excepto en

la medida en que ya hayamos actuado basándonos en ella.

Podemos comunicarnos con usted para actividades de recaudación de fondos cuando esté permitido, y usted puede optar por no recibir más comunicaciones de ese tipo. Si estas actividades involucran expedientes protegidos por el Título 42 del Código de Reglamentos Federales, Parte 2 (42 CFR Part 2), se aplican protecciones adicionales de aviso y elección, como se describe a continuación.

CÓMO PODEMOS USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN

Tratamiento. Podemos usar y compartir información con médicos, farmacias, laboratorios, centros de diagnóstico por imágenes y otros profesionales que participan en su atención. Por ejemplo, podemos enviar información clínica a un especialista.

Pago. Podemos usar y divulgar información para facturar y cobrar pagos de usted, aseguradoras u otros pagadores, incluida la obtención de determinaciones de cobertura o autorizaciones.

Operaciones de atención médica. Podemos usar y compartir información para administrar el consultorio, coordinar la atención, mejorar la calidad, capacitar al personal autorizado, realizar auditorías y evaluar los servicios.

Otros fines permitidos u obligatorios. Sujeto a los requisitos legales aplicables, podemos divulgar información para informes de salud pública, supervisión sanitaria, denuncias obligatorias de abuso o negligencia, prevención o reducción de amenazas graves e inminentes, compensación laboral, donación de órganos y tejidos, médicos forenses y directores de funerarias, determinadas actividades de investigación y cumplimiento de la ley. Podemos responder a órdenes judiciales, citaciones, solicitudes de las autoridades, solicitudes militares o de seguridad nacional y otras solicitudes gubernamentales legítimas únicamente en la medida permitida o exigida por la ley aplicable.

Socios comerciales. Podemos compartir información con contratistas que prestan servicios para nosotros, como facturación, tecnología de la información o gestión de expedientes, sujetos a las salvaguardas de privacidad y seguridad aplicables.

Citas y coordinación de atención. Podemos comunicarnos con usted acerca de citas, alternativas de tratamiento y servicios relacionados con la salud, conforme a la ley aplicable y sus preferencias de comunicación.

PROTECCIONES ESPECIALES PARA EXPEDIENTES SOBRE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

Algunos expedientes de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias están sujetos a protecciones federales adicionales de confidencialidad conforme a 42 CFR Part 2. Si recibimos o conservamos expedientes protegidos por la Parte 2, los manejaremos de acuerdo con esas normas. Según el consentimiento otorgado y la ley aplicable, dichos expedientes pueden usarse o divulgarse para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Otros usos y divulgaciones pueden requerir un consentimiento separado u otra base legal específica. Protección en procedimientos legales. En general, los expedientes protegidos por la Parte 2 no pueden usarse ni divulgarse en investigaciones o procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra sin su consentimiento escrito o una orden judicial que cumpla los requisitos, acompañada de una citación u otro mandato legal, según corresponda. Una autorización general para tratamiento, pago u operaciones no autoriza por sí sola ese uso.

Recaudación de fondos y notas de asesoramiento. Antes de utilizar expedientes de la Parte 2 para recaudar fondos, proporcionaremos cualquier aviso claro y oportunidad de exclusión que se requiera. Se requiere consentimiento separado para los usos o divulgaciones de notas de asesoramiento sobre trastornos por consumo de sustancias cuando así lo exija la Parte 2.

FLORIDA ARTHRITIS CENTER PL
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Ciertas divulgaciones posteriores de expedientes de la Parte 2 por entidades cubiertas por HIPAA o sus socios comerciales pueden estar permitidas conforme a HIPAA después de un consentimiento válido según la Parte 2; sin Florida Arthritis Center PLLC | Aviso de Prácticas de Privacidad Página 2embargo, sigue vigente la prohibición especial de utilizarlos en procedimientos contra el paciente. También cumpliremos otras leyes federales o de Florida que ofrezcan mayor protección de la privacidad.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES
La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de la información médica protegida, proporcionar este aviso y seguir las prácticas de privacidad descritas en el aviso vigente. Notificaremos a las personas afectadas después de una violación de seguridad de información médica protegida no asegurada cuando así lo exija la ley. No usaremos ni divulgaremos información de maneras distintas a las descritas aquí o permitidas por la ley sin su autorización escrita.

Podemos modificar este aviso y aplicar los nuevos términos tanto a la información que ya conservamos como a la que recibamos posteriormente. El aviso vigente estará disponible en ambas sedes y, si mantenemos un sitio web que describa nuestros servicios, también en ese sitio.

PREGUNTAS, SOLICITUDES Y QUEJAS
Responsable de Privacidad — Florida Arthritis Center PL
Lake Mary: 3070 W. Lake Mary Blvd., Lake Mary, FL 32746
Teléfono: 407-688-9446 | Fax: 407-688-9448

Sede adicional — DeBary
609 N. Charles Richard Beall Blvd., DeBary, FL 32713
Teléfono: 386-668-1410 | Fax: 407-688-9448

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del HHS en www.hhs.gov/ocr/complaints o comunicándose con el HHS en 200 Independence Avenue SW, Washington, DC 20201. No tomaremos represalias por presentar una queja.

FLORIDA ARTHRITIS CENTER PL
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ACUSE DE RECIBO
Reconozco que se me ofreció o entregó el Aviso de Prácticas de Privacidad de Florida Arthritis Center PL. Mi firma únicamente confirma la recepción; no constituye consentimiento para recibir tratamiento ni autorización para divulgar información médica.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del paciente o representante autorizado: _____

Si firma un representante, relación/autoridad: _____