

Notice of Privacy Practices

We Healthy™ LLC, doing business as Ekilibra™

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.

Effective date: 9/17/2026

This Notice describes how We Healthy™ LLC, doing business as Ekilibra™ (“Ekilibra,” “we,” “us,” or “our”) uses and discloses your protected health information (PHI), and how you can access this information. It applies to all PHI we maintain about you, in any form.

YOUR RIGHTS

You have the following rights regarding your health information.

Get a copy of your record. You can ask to see or get an electronic or paper copy of your medical record. We will provide a copy or summary, usually within 30 days of your request. We may charge a reasonable, cost-based fee.

Ask us to correct your record. You can ask us to correct information you believe is wrong or incomplete. We may deny the request, but we will tell you why in writing within 60 days.

Request confidential communication. You can ask us to contact you in a specific way, such as a home or work phone, text message, email, or mail to a specific address. We will agree to all reasonable requests. Please note that text messages and email are not fully secure. If you allow us to use them, we cannot guarantee privacy during transmission.

Ask us to limit what we use or share. You can ask us not to use or share certain PHI for treatment, payment, or operations. We are not required to agree, and we may decline if it would affect your care. If you pay for a service or item in full out of pocket, you can require us not to share that information with your health insurer for payment or operations, and we will agree unless a law requires otherwise.

Get a list of those with whom we have shared information. You can request an accounting of disclosures for up to six years before the date of your request, except for disclosures for treatment, payment, operations, or those you authorized. We will provide one accounting per year for free; we may charge a reasonable fee for additional accountings within twelve months.

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

Choose someone to act for you. If you have given someone medical power of attorney or have a legal guardian, that person can exercise these rights on your behalf. We will confirm authority before acting.

File a complaint. You can complain to us or to the federal government if you believe we have violated your rights:

Ekilibra Privacy Officer

Diego Ize-Ludlow

Phone: (385) 442-6729

Email: info@ekilibrahealth.com

U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights

200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
Phone: 1-877-696-6775
Web: <https://www.hhs.gov/ocr/>

We will not retaliate against you for filing a complaint.

YOUR CHOICES

For certain information, you can tell us your preferences. If you have a clear preference about how your information is shared in the situations below, talk to us. We will follow your instructions.

You have the right and choice to tell us whether to share information with your family, close friends, or others involved in your care, and whether to share information in a disaster relief situation.

If you are unable to express a preference, for example if you are unconscious, we may share information when we believe it is in your best interest. We may also share information when needed to prevent a serious and imminent threat to anyone's health or safety.

We will never share your information without your written authorization for marketing purposes, for sale of your information, or for most uses or sharing of psychotherapy notes. We do not sell PHI under any circumstances.

Fundraising. We may contact you about fundraising. Each communication will tell you how to opt out, and once you opt out we will not contact you again for fundraising.

OUR USES AND DISCLOSURES

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

Treatment. We use your information and share it with other professionals involved in your care. Example: a clinician treating you for a condition consults with your primary care provider.

Operations. We use and share your information to run the program, improve quality of care, train staff, and contact you about appointments or services.

Payment. We use and share your information to bill and obtain payment for your care. Ekilibra does not bill health insurance plans. Example: at your request, we provide itemized documentation of the services you received so that you can submit it to your health plan or to an HSA or FSA administrator.

We may also use or share your information in the ways below, generally in support of the public good and subject to legal conditions.

Public health and safety. We may share information to prevent disease, help with product recalls, report adverse reactions to medications, report suspected abuse, neglect, or domestic violence, or prevent or reduce a serious threat to anyone's health or safety.

Research. We may use or share your information for health research, including research conducted by Ekilibra staff or partner institutions. All research using identifiable PHI requires either your written authorization or approval by an Institutional Review Board (IRB) or Privacy Board that determines a waiver is appropriate under federal regulations. Research using only de-identified data or limited data sets does not require your individual authorization. You may ask the Privacy Officer at any time whether your information has been or may be used in research.

Compliance with the law. We will share information when required by federal or state law, including with the U.S. Department of Health and Human Services to demonstrate compliance with federal privacy law.

Organ and tissue donation. We may share information with organ procurement organizations.

Coroners, medical examiners, and funeral directors. We may share information about a person who has died.

Workers' compensation, law enforcement, and other government requests. We may use or share information for workers' compensation claims; for law enforcement purposes or with a law enforcement official; with health oversight agencies for activities authorized by law; and for special government functions such as military and national security activities.

Lawsuits and legal actions. We may share information in response to a court or administrative order, or to a subpoena.

SPECIAL PROTECTIONS UNDER FEDERAL AND STATE LAW

Some types of health information have additional protections under federal and state law. Even when HIPAA would otherwise permit a disclosure, the laws below may require your specific written authorization before we can share these records. The state law that applies generally depends on the state where you receive care.

Federal law (all patients)

Substance use disorder records. Records of substance use disorder treatment protected under federal law (42 CFR Part 2) require your specific written authorization for disclosure, and a written prohibition on re-disclosure must accompany the records.

Genetic information. Federal law (GINA) protects genetic information from use in health insurance and employment decisions.

Patients receiving care in Florida

Mental health and behavioral health records. Fla. Stat. section 394.4615 requires your written, informed consent to release mental health records, with limited exceptions. These records may not be re-disclosed without your further consent.

Substance use disorder records. Fla. Stat. section 397.501 adds state protections for substance use treatment records.

HIV and AIDS records. Fla. Stat. section 381.004 requires specific written consent before HIV test results or treatment information may be released. A statutory confidentiality notice must accompany every disclosure of these records.

Sexually transmitted infection (STI) records. Fla. Stat. section 384.30 protects information about STIs and requires specific consent for most disclosures.

Genetic information. Florida law also protects genetic information from use in insurance and employment decisions.

Patients receiving care in Utah

Genetic information. Utah's Genetic Testing and Procedure Privacy Act restricts the use of private genetic information by employers and health insurers.

When Florida or Utah law provides greater privacy protection than HIPAA, we follow the more protective law.

MINORS

If the patient is under 18, a parent or legal guardian generally controls health information. However, when a minor has lawfully consented to their own care, the minor generally controls disclosure of those specific records. We will not share them with a parent or guardian without the minor's written authorization, except where state or federal law permits or requires disclosure.

Florida. Examples of care a minor may consent to under Florida law include STI services (Fla. Stat. section 384.30), substance use treatment (section 397.601), outpatient mental health services (section 394.4784), and pregnancy-related care (section 743.065). For substance use disorder records under section 397.501, when parental consent was required for the underlying treatment, both the minor and the parent or guardian must authorize disclosure.

Utah. Examples of care a minor may consent to under Utah law include examination and treatment for sexually transmitted infections (Utah Code section 26B-7-214) and pregnancy-related care (section 78B-3-406). Minors who are married, emancipated, or unaccompanied homeless minors age 15 or older may consent to their own health care (section 78B-3-406).

OUR RESPONSIBILITIES

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

We will notify you 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 provide you a copy.

We will not use or share your information other than as described here unless you give us written authorization. You may revoke an authorization at any time in writing. Revocation does not affect disclosures already made in reliance on the authorization.

CHANGES TO THE TERMS OF THIS NOTICE

We may change the terms of this Notice at any time. The changes will apply to all information we maintain about you. The updated Notice will be available on our website and upon request.

Acknowledgment of Receipt

By signing below, I acknowledge that I have received a copy of the We Healthy™ LLC, doing business as Ekilibra™, Notice of Privacy Practices.

PRINT NAME

PATIENT OR LEGAL GUARDIAN SIGNATURE

DATE

Aviso de Prácticas de Privacidad

We Healthy™ LLC, operando como Ekilibra™

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CON ATENCIÓN.

Fecha de entrada en vigor: 17 de septiembre de 2026

Este Aviso describe cómo We Healthy™ LLC, operando como Ekilibra™ (“Ekilibra”, “nosotros” o “nuestro”), usa y divulga su información médica protegida (PHI), y cómo puede acceder a esta información. Aplica a toda la PHI que mantenemos sobre usted, en cualquier forma.

SUS DERECHOS

Usted tiene los siguientes derechos sobre su información médica.

Obtener una copia de su expediente. Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico. Le proporcionaremos una copia o un resumen, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Pedirnos que corrijamos su expediente. Puede pedirnos que corrijamos información que considere incorrecta o incompleta. Podemos negar la solicitud, pero le diremos por qué por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicación confidencial. Puede pedirnos que lo contactemos de una manera específica, como un teléfono de casa o de trabajo, mensaje de texto, correo electrónico, o correo a una dirección específica. Aceptaremos todas las solicitudes razonables. Tenga en cuenta que los mensajes de texto y el correo electrónico no son completamente seguros. Si nos permite usarlos, no podemos garantizar la privacidad durante la transmisión.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos. Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta PHI para tratamiento, pago u operaciones. No estamos obligados a aceptar, y podemos negar la solicitud si afectaría su atención. Si paga por un servicio o artículo en su totalidad de su propio bolsillo, puede exigir que no compartamos esa información con su plan de seguro médico para fines de pago u operaciones, y aceptaremos a menos que la ley exija lo contrario.

Obtener una lista de con quién hemos compartido información. Puede solicitar un registro de divulgaciones durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, excepto las divulgaciones para tratamiento, pago, operaciones o las que usted autorizó. Proporcionaremos un registro al año de forma gratuita; podemos cobrar una tarifa razonable por registros adicionales dentro de doce meses.

Obtener una copia impresa de este Aviso. Puede solicitar una copia impresa en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el Aviso electrónicamente. Se la entregaremos sin demora.

Elegir a alguien para que actúe por usted. Si ha otorgado a alguien un poder notarial médico o tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer estos derechos en su nombre. Confirmaremos su autoridad antes de actuar.

Presentar una queja. Puede presentar una queja con nosotros o con el gobierno federal si cree que hemos violado sus derechos:

Oficial de Privacidad de Ekilibra
Diego Ize-Ludlow

Teléfono: (385) 442-6729
Correo electrónico: info@ekilibrahealth.com

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles

200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-877-696-6775
Web: <https://www.hhs.gov/ocr/>

No tomaremos represalias por presentar una queja.

SUS OPCIONES

Para cierta información, usted puede decirnos sus preferencias. Si tiene una preferencia clara sobre cómo se comparte su información en las situaciones a continuación, háblenos. Seguiremos sus instrucciones.

Usted tiene el derecho y la opción de decirnos si debemos compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención, y si debemos compartir información en una situación de socorro en caso de desastre.

Si no puede expresar una preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir información cuando creamos que es en su mejor interés. También podemos compartir información cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de cualquier persona.

Nunca compartiremos su información sin su autorización por escrito para fines de mercadeo, para la venta de su información, ni para la mayoría de los usos o intercambios de notas de psicoterapia. No vendemos PHI bajo ninguna circunstancia.

Recaudación de fondos. Podemos contactarlo con fines de recaudación de fondos. Cada comunicación le indicará cómo retirarse, y una vez que se retire no lo contactaremos nuevamente para recaudación de fondos.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

Generalmente usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Tratamiento. Usamos su información y la compartimos con otros profesionales involucrados en su atención. Ejemplo: un clínico que lo trata por una afección consulta con su proveedor de atención primaria.

Operaciones. Usamos y compartimos su información para administrar el programa, mejorar la calidad de la atención, capacitar al personal y contactarlo sobre citas o servicios.

Pago. Usamos y compartimos su información para facturar y obtener el pago de su atención. Ekilibra no factura a planes de seguro médico. Ejemplo: a solicitud suya, le entregamos documentación detallada de los servicios que recibió para que usted pueda presentarla a su plan de salud o al administrador de su cuenta HSA o FSA.

También podemos usar o compartir su información de las maneras a continuación, generalmente en apoyo del bien público y sujeto a condiciones legales.

Salud y seguridad pública. Podemos compartir información para prevenir enfermedades, ayudar con retiros de productos, reportar reacciones adversas a medicamentos, reportar sospechas de abuso,

negligencia o violencia doméstica, o prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona.

Investigación. Podemos usar o compartir su información para investigación de salud, incluida la investigación realizada por personal de Ekilibra o instituciones asociadas. Toda investigación que use PHI identificable requiere su autorización por escrito o la aprobación de un Consejo de Revisión Institucional (IRB) o Consejo de Privacidad que determine que una exención es apropiada bajo las regulaciones federales. La investigación que utiliza solo datos desidentificados o conjuntos de datos limitados no requiere su autorización individual. Puede preguntar al Oficial de Privacidad en cualquier momento si su información ha sido o puede ser utilizada en investigación.

Cumplimiento de la ley. Compartiremos información cuando lo exija la ley federal o estatal, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para demostrar el cumplimiento de la ley federal de privacidad.

Donación de órganos y tejidos. Podemos compartir información con organizaciones de procuración de órganos.

Forenses, médicos forenses y directores funerarios. Podemos compartir información sobre una persona que ha fallecido.

Compensación de trabajadores, fuerzas del orden y otras solicitudes gubernamentales. Podemos usar o compartir información para reclamos de compensación de trabajadores; para fines policiales o con un funcionario policial; con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por ley; y para funciones gubernamentales especiales como actividades militares y de seguridad nacional.

Demandas y acciones legales. Podemos compartir información en respuesta a una orden judicial o administrativa, o a una citación.

PROTECCIONES ESPECIALES BAJO LA LEY FEDERAL Y ESTATAL

Algunos tipos de información médica tienen protecciones adicionales bajo la ley federal y estatal. Incluso cuando HIPAA permitiría una divulgación, las leyes a continuación pueden exigir su autorización específica por escrito antes de que podamos compartir estos registros. La ley estatal que aplica depende, en general, del estado donde usted recibe atención.

Ley federal (todos los pacientes)

Registros de trastorno por uso de sustancias. Los registros de tratamiento por trastorno por uso de sustancias protegidos bajo la ley federal (42 CFR Parte 2) requieren su autorización específica por escrito para la divulgación, y una prohibición por escrito sobre la re-divulgación debe acompañar los registros.

Información genética. La ley federal (GINA) protege la información genética del uso en decisiones de seguro médico y empleo.

Pacientes que reciben atención en Florida

Registros de salud mental y conductual. El Estatuto de Florida sección 394.4615 requiere su consentimiento informado por escrito para divulgar registros de salud mental, con excepciones limitadas. Estos registros no pueden re-divulgarse sin su consentimiento adicional.

Registros de trastorno por uso de sustancias. El Estatuto de Florida sección 397.501 agrega protecciones estatales para los registros de tratamiento por uso de sustancias.

Registros de VIH y SIDA. El Estatuto de Florida sección 381.004 requiere consentimiento específico por escrito antes de que se puedan divulgar los resultados de pruebas de VIH o información de tratamiento. Un aviso estatutario de confidencialidad debe acompañar cada divulgación de estos registros.

Registros de infecciones de transmisión sexual (ITS). El Estatuto de Florida sección 384.30 protege la información sobre ITS y requiere consentimiento específico para la mayoría de las divulgaciones.

Información genética. La ley de Florida también protege la información genética del uso en decisiones de seguro y empleo.

Pacientes que reciben atención en Utah

Información genética. La Ley de Privacidad de Pruebas y Procedimientos Genéticos de Utah (Genetic Testing and Procedure Privacy Act) restringe el uso de información genética privada por parte de empleadores y aseguradoras de salud.

Cuando la ley de Florida o de Utah proporciona mayor protección de privacidad que HIPAA, seguimos la ley más protectora.

MENORES

Si el paciente es menor de 18 años, un padre/madre o tutor legal generalmente controla la información médica. Sin embargo, cuando un menor ha consentido legalmente a su propia atención, el menor generalmente controla la divulgación de esos registros específicos. No los compartiremos con un padre/madre o tutor sin la autorización por escrito del menor, excepto donde la ley estatal o federal lo permita o lo exija.

Florida. Algunos ejemplos de atención a la que un menor puede consentir bajo la ley de Florida incluyen servicios de ITS (Estatuto de Florida sección 384.30), tratamiento por uso de sustancias (sección 397.601), servicios ambulatorios de salud mental (sección 394.4784) y atención relacionada con el embarazo (sección 743.065). Para registros de trastorno por uso de sustancias bajo la sección 397.501, cuando se requirió el consentimiento parental para el tratamiento subyacente, tanto el menor como el padre/madre o tutor deben autorizar la divulgación.

Utah. Algunos ejemplos de atención a la que un menor puede consentir bajo la ley de Utah incluyen el examen y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (Código de Utah sección 26B-7-214) y la atención relacionada con el embarazo (sección 78B-3-406). Los menores casados o emancipados, y los menores sin hogar y no acompañados de 15 años o más, pueden consentir a su propia atención médica (sección 78B-3-406).

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.

Le notificaremos sin demora si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.

Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este Aviso y proporcionarle una copia.

No usaremos ni compartiremos su información de manera distinta a la descrita aquí a menos que nos dé autorización por escrito. Puede revocar una autorización en cualquier momento por escrito. La revocación no afecta las divulgaciones ya realizadas con base en la autorización.

CAMBIOS A LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO

Podemos cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento. Los cambios aplicarán a toda la información que mantengamos sobre usted. El Aviso actualizado estará disponible en nuestro sitio web y a solicitud.

Fecha de entrada en vigor de este Aviso: 17 de septiembre de 2026

Reconocimiento de Recepción

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de We Healthy™ LLC, operando como Ekilibra™.

NOMBRE COMPLETO

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL

FECHA