WESTERN CONNECTICUT HEALTH NETWORK

DANBURY HOSPITAL • NEW MILFORD HOSPITAL

AVISO SOBRE PRÁTICAS DE PRIVACIDADE

ESTE AVISO APRESENTA UMA DESCRIÇÃO SOBRE COMO AS INFORMAÇÕES SOBRE SUA SAÚDE PODEM SER UTILIZADAS E REVELADAS E COMO VOCÊ PODE TER ACESSO ÀS MESMAS.

LEIA ATENTAMENTE A DESCRIÇÃO A SEGUIR.

Este Aviso se aplica a: Danbury Hospital; New Milford Hospital; Western Connecticut Home Care, Inc; Afiliadas da Rede de Saúde da Região Oeste de Connecticut; Western Connecticut Medical Group, PC; e a equipe médica do Danbury Hospital e New Milford Hospital; coletivamente denominado "Rede de Saúde da Região Oeste de Connecticut ou Western Connecticut Health Network".

A lei nos obriga a manter as informações sobre sua saúde confidenciais, a fornecer aos pacientes este Aviso detalhado sobre nossos deveres legais e práticas de privacidade relacionadas a informações sobre saúde e a cumprir os termos do Aviso atualmente em vigor. Com relação à equipe médica do Danbury Hospital e New Milford Hospital, este Aviso se refere ao uso e revelação de informações sobre sua saúde pela equipe médica em relação aos serviços que você receber durante atendimento ambulatorial ou internação em um Hospital. As informações sobre sua saúde serão compartilhadas entre as entidades cobertas neste Aviso para fins de tratamento e administração do serviço de saúde.

USO E REVELAÇÃO PARA TRATAMENTO, PAGAMENTO E ADMINISTRAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

A seguir são apresentadas as várias maneiras em que as informações sobre sua saúde podem ser utilizadas ou reveladas para fins de tratamento, pagamento ou administração do serviço de saúde sem sua autorização por escrito.

Para tratamento. Informações sobre sua saúde serão utilizadas e reveladas durante a administração de um tratamento e de serviços e para a coordenação de seu tratamento. Informações sobre sua saúde também poderão ser reveladas para outros provedores de serviços envolvidos em seu tratamento. As informações sobre sua saúde poderão ser usadas por médicos e enfermeiros, além de técnicos de laboratório, nutricionistas e fisioterapeutas ou outros profissionais envolvidos em seu tratamento. Por exemplo, o farmacêutico do hospital precisará de algumas informações para fornecer os medicamentos prescritos pelo seu médico.

Para pagamento. As informações sobre sua saúde poderão ser usadas e reveladas para fins de faturamento e pagamento. As informações sobre sua saúde poderão ser fornecidas para uma empresa de seguro ou de assistência médica, Medicare, Medicaid ou outra empresa pagadora. Por exemplo, podemos entrar em contato com a Medicare ou com a empresa de seu plano de saúde para confirmar a cobertura ou solicitar autorização antecipada para a realização de serviços que lhe serão fornecidos.

Para administração do serviço de saúde. As informações sobre sua saúde poderão ser utilizadas e reveladas conforme necessário para fins de administração do serviço de saúde, como por exemplo, para gerenciamento, avaliação de pessoal, educação, treinamento e para monitorar a qualidade de nossos serviços. Podemos revelar informações sobre sua saúde para outra instituição com qual você teve ou tem algum relacionamento, se essa instituição solicitar informações para administração de alguns de seus serviços de saúde ou em caso de detecção de fraude e abuso do sistema de saúde ou para atender exigências. As informações sobre saúde podem ser combinadas e analisadas para fins de avaliação e melhoria na qualidade do tratamento e planejamento dos serviços.

USOS E REVELAÇÕES ESPECÍFICAS DE INFORMAÇÕES SOBRE SUA SAÚDE

São apresentadas a seguir as várias maneiras pelas quais podemos usar ou revelar as informações sobre sua saúde

Diretório do Hospital. A menos que você se oponha, manteremos algumas informações sobre você no diretório de pacientes do Danbury Hospital ou New Milford Hospital enquanto você for paciente do hospital. Essas informações podem incluir seu nome e o Departamento do hospital em que você é atendido. Também preparamos e fornecemos uma lista de congregados somente para membros de sua congregação religiosa. Nosso diretório não inclui informações médicas específicas sobre você. Podemos revelar informações contidas em nosso diretório para os membros do grupo religioso e para pessoas que perguntem por você pelo nome.

Profissionais envolvidos em seu tratamento ou pagamento do seu tratamento. A menos que você se oponha, podemos revelar informações sobre sua saúde para um membro de sua família, um amigo próximo ou outra pessoa que você indicar, inclusive a um religioso, que esteja envolvido em seu tratamento.
Emergências. Podemos usar ou revelar informações sobre sua saúde conforme necessário em situações de emergência.

Conforme exigido por lei. Podemos usar ou revelar informações sobre sua saúde quando exigido por lei.

Atividades para levantamento de fundos. Podemos usar algumas informações para entrar em contato com você em campanhas de levantamento de fundos para o Hospital e sua administração.

Lembretes sobre consultas. Podemos usar ou revelar informações sobre sua saúde com o objetivo de lembrá-lo sobre suas consultas.

Opções de tratamento e benefícios e serviços relacionados à saúde. Podemos usar ou revelar informações sobre sua saúde para informá-lo sobre opções de tratamento e benefícios relacionados à saúde que possam ser do seu interesse.

Parceiros de negócios. Podemos usar ou revelar informações protegidas sobre sua saúde para uma empresa contratada ou parceiro de negócios que necessite da informação para nos prestar serviços. Nossos parceiros de negócios mantêm o compromisso de manter essas informações confidenciais.

Atividades de saúde pública. Podemos usar ou revelar informações sobre sua saúde para atividades de saúde pública. Essas atividades podem incluir, por exemplo, relatos para autoridades de saúde pública para prevenção ou controle de doenças, lesões ou incapacidades, relato de abuso de crianças ou negligência no cuidado das mesmas ou relatos de nascimentos ou óbitos.

Relatos de vítimas de abuso, negligência ou violência doméstica. Se acreditarmos que você tenha sido vítima de abuso, negligência ou violência doméstica, podemos usar e revelar informações sobre sua saúde para notificar uma autoridade governamental, se autorizado pela leis ou se concordar com esse Aviso.

Atividades de supervisão de serviços de saúde. Podemos usar ou revelar informações sobre sua saúde para atividades autorizadas por lei de agências de supervisão de serviços de saúde, como auditorias, investigações, inspeções e ações de licenciamento ou para atividades governamentais que envolvam a supervisão de serviços de atendimento médico.

Processos judiciais ou administrativos. Podemos revelar informações sobre sua saúde em atendimento a uma ordem judicial ou sentença administrativa. Suas informações também poderão ser reveladas em atendimento a uma intimação, requisição de procedimento probatório, ou outros processos legais. Será feito o máximo possível para que você seja contatado a respeito dessa solicitação ou para obter uma ordem ou acordo para proteção das informações.

Cumprimento da lei. Podemos revelar informações sobre sua saúde para fins de cumprimento de exigências da lei, como por exemplo, para cumprir exigências de relato, uma ordem judicial, um mandado ou processos legais semelhantes ou para atender a determinadas solicitações de informações referentes a crimes.

Pesquisa. Podemos usar ou revelar informações sobre sua saúde para fins de pesquisa se os aspectos de privacidade da pesquisa tiverem sido revisados e aprovados, se o pesquisador estiver coletando informações para o preparo de uma proposta de pesquisa, se a pesquisa for realizada após sua morte ou se autorizar o uso ou a revelação.

Legistas, peritos, agentes funerários, organizações de procura de órgãos. Podemos revelar informações sobre sua saúde para um legista, perito, agente funerário ou, se, você for doador de órgãos para uma organização de doação de órgãos e tecidos.

Para prevenir uma ameaça séria à saúde ou segurança. Quando necessário para prevenir uma ameaça séria à sua saúde ou segurança ou à saúde e segurança pública ou de outra pessoa, as informações sobre sua saúde poderão ser usadas ou reveladas, contanto que sejam reveladas somente a uma pessoa que possa ajudar a reduzir ou prevenir a ameaça.

Para o serviço militar, forças armadas ou outras funções específicas do governo. Se você for membro das forças armadas, as informações sobre sua saúde poderão se usadas e reveladas mediante solicitação das autoridades do comando militar. Podemos revelar informações sobre sua saúde para fins de segurança nacional, ou se houver necessidade, para proteger o Presidente dos Estados Unidos ou outros oficiais ou para a realização de determinadas investigações especiais.

Indenização trabalhista. Podemos usar ou revelar informações sobre sua saúde para o cumprimento de leis relacionadas à indenização trabalhista ou programas semelhantes

Detentos/indivíduos sob custódia. Se você estiver sob custódia de uma autoridade judicial ou de uma instituição correcional, as informações sobre sua saúde poderão ser reveladas para a instituição ou autoridade para determinadas finalidades, como proteger sua saúde e segurança e a saúde e segurança de outras pessoas.

Defesa civil. A menos que você se oponha, podemos revelar informações sobre sua saúde para uma a organização de defesa civil.

USO E REVELAÇÃO COM SUA AUTORIZAÇÃO

É necessário que você forneça autorização por escrito para que as informações sobre sua saúde possam ser usadas ou reveladas para outros fins que não os descritos acima, a menos que permitido ou exigido pela lei. Você poderá revogar sua autorização por escrito em qualquer momento. Se revogar sua autorização, as informações sobre sua saúde não serão mais usadas ou reveladas para os fins cobertos pela autorização, mas essa revogação não terá efeito sobre as informações já utilizadas ou reveladas com base na autorização.

SEUS DIREITOS REFERENTES A INFORMAÇÕES SOBRE SUA SAÚDE

A lista abaixo apresenta os seus direitos em relação a informações sobre sua saúde. Cada um desses direitos está sujeito a determinadas exigências e exceções. Você deve entrar em contato com o Diretor de privacidade pelo telefone (203) 739-7110 para esclarecer dúvidas referentes a esses direitos. Você receberá o formulário correspondente para preencher. Os seus direitos são.

Solicitação de restrições. Você tem direito de solicitar restrições quanto ao uso ou revelação de informações sobre sua saúde para fins de tratamento, pagamento ou administração de serviços de saúde. Você também tem direito de solicitar restrições para o uso ou revelação de informações sobre sua saúde para um membro da família, um amigo ou outra pessoa envolvida em seu tratamento ou pagamento de seu tratamento. Não temos obrigação de concordar com sua solicitação de restrições (exceto em uma situação em que você for considerado competente, você poderá restringir a revelação a membros de sua família ou amigos). Se concordarmos em aceitar sua solicitação de restrição, atenderemos ao seu pedido exceto em caso de necessidade para a administração de tratamento de emergência.

Acesso a informações pessoais sobre saúde. Você tem direito de inspecionar e obter uma cópia de seus registros clínicos ou de faturamento ou outras informações por escrito que possam ser usadas para tomar decisões sobre seu tratamento. Seu pedido deve ser feito por escrito. Na maioria dos casos, uma taxa poderá ser cobrada para cobrir as despesas com fotocópia e envio pelo correio das informações solicitadas. Se seu pedido de acesso às informações sobre saúde for recusado, em alguns casos você terá direito de solicitar a revisão da recusa.

Solicitação de alterações. Você tem direito de solicitar alterações nas informações sobre sua saúde mantidas por nós, desde que as informações sejam mantidas por ou para nós. Sua solicitação deve ser feita por escrito e deve apresentar o motivo para o pedido de alteração.

Sua solicitação de alteração poderá ser recusada se a informação. (a) não tiver sido produzida por nós, a menos que a pessoa/instituição que originou a informação não estiver mais disponível para atender ao seu pedido; (b) não fizer parte das informações sobre saúde mantidas por nós ou para nós; (c) não fizer parte das informações às quais você tem direito de acesso; ou (d) já for precisa e completa, de acordo com nossa análise.

Em caso de recusa da solicitação de alteração, você receberá um documento por escrito apresentando os motivos para a recusa no qual constará seu direito de apresentar uma declaração por escrito discordando da recusa.

Solicitação de uma relação de revelação. Você tem direito de solicitar uma relação da revelação de determinadas informações sobre sua saúde. Essa relação apresentará as informações reveladas por nós ou por terceiros em seu nome, mas não incluirá as revelações feitas para fins de tratamento, pagamento e administração do serviço de saúde, revelações feitas em conformidade com sua Autorização e algumas outras exceções.

Para solicitar uma relação das revelações, é necessário enviar um pedido por escrito, definindo um período de tempo com início em 13 de abril de 2003, ou seja, dentro do período de seis anos a partir da data de sua solicitação. A primeira solicitação fornecida dentro do período de 12 meses será gratuita; uma taxa poderá ser cobrada para outras solicitações para cobrir os custos.

Solicitação de cópia impressa deste Aviso. Você tem direito de obter uma cópia impressa deste Aviso, mesmo se você tiver concordado em recebê-lo por meio eletrônico. Você poderá solicitar uma cópia deste Aviso em qualquer momento. Você também pode obter uma cópia deste Aviso em nosso website www.WesternConnecticutHealthNetwork.org.

Solicitação para que as comunicações sejam feitas confidencialmente. Você tem direito de solicitar que entremos em contato com você para discutir questões relacionadas sua saúde de determinada maneira, como por exemplo, que liguemos para seu escritório e não para sua residência. Atenderemos às solicitações que forem consideradas razoáveis.

REGRAS ESPECIAIS PARA REVELAÇÃO DE INFORMAÇÕES PSIQUIÁTRICAS OU RELACIONADAS AO HIV

Existem restrições especiais para a revelação de informações relacionadas a distúrbios psiquiátricos ou à realização de testes e tratamento do HIV. Em geral, as informações relacionadas a distúrbios psiquiátricos ou à realização de testes e tratamento do HIV não podem ser reveladas sem sua permissão ou de uma ordem judicial. Existem algumas exceções como as apresentadas a seguir.

- Informações psiquiátricas. As informações psiquiátricas poderão ser reveladas se forem necessárias para o diagnóstico ou tratamento em um programa de saúde mental. Algumas informações poderão ser reveladas para fins de pagamento.

- Informações relacionadas ao HIV. Algumas informações relacionadas ao HIV poderão ser reveladas para fins de tratamento ou pagamento.

PARA OBTER MAIS INFORMAÇÕES OU PARA REGISTRAR UMA QUEIXA DE PRIVACIDADE

Se tiver dúvidas sobre este Aviso ou quiser obter mais informações sobre práticas de privacidade, entre em contato com o nosso Diretor de privacidade do Western Connecticut Health Network pelo telefone (203) 739-7110. Se acreditar que seus direitos de privacidade foram violados, você poderá registrar uma queixa de privacidade por escrito conosco ou com Departamento de Direitos Civis no U.S. Department of Health and Human Services. Para registrar uma queixa de privacidade conosco, entre em contato com o Diretor de privacidade do Western Connecticut Health Network pelo telefone (203) 739-7110. Não haverá retaliação contra você em caso de registro de uma queixa.

ALTERAÇÕES A ESTE AVISO

Reservamos o direito de alterar este Aviso e de tornar válidas as cláusulas revisadas ou nova deste Aviso para todas as informações sobre saúde já recebidas e mantidas por nós, assim como para todas as informações sobre saúde que recebermos no futuro. Forneceremos uma cópia do Aviso revisado mediante solicitação.