suas informações médicas para outras finalidades que não sejam às discutidas nas seções antecedentes desta comunicação ou conforme for de outra maneira permitida ou exigida pela legislação. Você poderá revogar uma autorização por escrito em qualquer momento. Se revogar uma autorização, deixaremos de usar ou revelar suas informações médicas para as finalidades cobertas pela autorização, exceto quando já tivermos nos baseado na autorização.

SEUS DIREITOS A RESPEITO DAS SUAS INFORMAÇÕES MÉDICAS

Seus direitos a respeito das suas informações médicas estão listados abaixo. Todos estes direitos estão sujeitos a determinadas exigências e exceções. Você deve encaminhar seus pedidos em relação a estes direitos para a Linha Direta de Privacidade (Hotline) no número (203) 739-6430. Nós lhe forneceremos o formulário apropriado para preencher. Você tem direito a: **Solicitar restrições:** Você tem o direito de solicitar restrições sobre nosso uso ou revelação das suas informações médicas para operações de tratamento, pagamento ou de assistência médica. Você tem também o direito de solicitar restrições sobre suas informações médicas que nós possamos revelar a um familiar, amigo ou outra pessoa envolvida no seu tratamento ou no pagamento do seu tratamento. Não somos obrigados a concordar com seu pedido de restrição (exceto que se for competente você poderá restringir as revelações a familiares ou amigos). Se concordarmos em aceitar seu pedido de restrição, cumpriremos com sua solicitação exceto da maneira que for necessária para lhe fornecer tratamento de emergência. Você poderá solicitar uma restrição de compartilhamento de informações médicas pessoais junto ao seu plano de saúde se o pagamento for feito em dinheiro, integralmente, por qualquer pessoa em nome do paciente. Isto não se aplica quando a revelação for exigida pela legislação. A**cesso a informações médicas pessoais:** Você tem o direito de inspecionar e obter uma cópia dos seus registros clínicos ou de faturamento ou outras informações por escrito que poderão ser usadas para tomar decisões sobre seu tratamento, sujeito a algumas exceções. Sua solicitação deve ser feita por escrito. Se mantivermos suas informações eletronicamente em um conjunto de registros designados, você tem o direito de receber uma cópia de tais informações ou de nos instruir a transmitir uma cópia eletrônica diretamente para um terceiro que você indicar. Na maioria dos casos, poderemos cobrar uma taxa razoável pelos nossos gastos com a extração de cópias e envio pelo correio das informações solicitadas. Se lhe for negado o acesso às informações médicas, em alguns casos você tem o direito de solicitar uma revisão da negativa. **Solicitação de aditamento:** Você tem o direito de solicitar o aditamento das suas informações médicas mantidas por nós enquanto as informações forem mantidas por nós ou para nós. Sua solicitação deve ser feita por escrito e deve declarar o motivo para tal aditamento. Poderemos negar sua solicitação de aditamento se as informações (a) não tiverem sido criadas por nós, a não ser que o originador das informações não esteja mais disponível para atender à sua solicitação; (b) não forem parte das informações médicas mantidas por nós ou para nós; (c) não fizerem parte das informações às quais você tem o direito de acesso; ou (d) já for exata e completa, conforme determinado por nós. Se negarmos sua solicitação de aditamento, nós lhe forneceremos uma negativa por escrito incluindo os motivos para a negativa e o direito de apresentar uma declaração por escrito discordando da negativa. **Solicitar uma contabilização das revelações:** Você tem o direito de solicitar uma "contabilização" de determinadas revelações das suas informações médicas. Esta é uma listagem das revelações feitas por nós ou por terceiros em nosso nome, porém não incluem as revelações para operações de tratamento, pagamento e assistência médica, revelações feitas com sua autorização e determinadas outras exceções. Para solicitar uma contabilização das revelações, é necessáario apresentar uma solicitação por escrito, declarando o intervalo de tempo começando a partir de 13 de abril de 2003 que estiver dentro de seis anos da data da sua solicitação. A primeira contabilização fornecida dentro de um período de doze meses será gratuita; para solicitações adicionais, poderemos cobrar nossos custos. **Direito de ser comunicado sobre violação de informações médicas desprotegidas:** Você tem o direito de ser comunicado sobre uma violação das suas Informações Médicas Protegidas dentro de sessenta dias a partir da descoberta da violação. Solicite uma cópia impressa desta comunicação: Você tem o direito de obter uma cópia impressa desta comunicação, ainda que tenha concordado em receber esta comunicação eletronicamente. Você poderá solicitar uma cópia desta comunicação em qualquer momento. Além disso, você poderá obter uma cópia desta comunicação na nossa página da Internet no endereço **www.WesternConnecticutHealthNetwork.org**
Solicitar comunicações confidenciais: Você tem o direito de solicitar que nos comuniquemos com você a respeito dos seus assuntos médicos de certa maneira, tal como ligando para seu local trabalho ao invés de para sua residência. Acomodaremos suas solicitações razoáveis.

EXIGÊNCIAS E REGRAS ESPECIAIS A RESPEITO DA REVELAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE PSIQUIATRIA, ABUSO DE SUBSTÂNCIAS, TESTES GENÉTICOS E RELACIONADAS COM O HIV

Sujeitas a algumas exceções, as leis estaduais geralmente exigem sua anuência para revelar suas informações médicas. Para as revelações a respeito de informações de saúde referentes à assistência para determinados problemas psiquiátricos, abuso de substâncias, testes genéticos e realização de testes e tratamento relacionados com o HIV ("Informações Sensíveis") poderão se aplicar restrições especiais. De forma geral, as Informações sensíveis não poderão ser reveladas sem sua autorização por escrito ou uma ordem judicial.

PARA INFORMAÇÕES ADICIONAIS OU PARA APRESENTAR UMA RECLAMAÇÃO

Se você tiver quaisquer dúvidas sobre esta comunicação ou se desejar informações adicionais sobre nossas práticas de privacidade, entre em contato com a Western Connecticut Health Network Privacy Hotline (Linha de Atendimento Sobre Privacidade da Rede Médica do Oeste de Connecticut)pelo número (203)739-6430. Se acreditar que seus direitos de privacidade foram violados, você poderá nos apresentar uma reclamação por escrito ou para o Gabinete de Direitos Civis do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos. Para nos apresentar uma reclamação sobre privacidade, entre em contato com a Western Connecticut Health Network Privacy Hotline (Linha de Atendimento Sobre Privacidade da Rede Médica do Oeste de Connecticut) pelo número (203)739-6430. Não faremos retaliações contra você se apresentar uma reclamação.

ALTERAÇÕES A ESTA COMUNICAÇÃO

Nós nos reservamos o direito de modificar esta comunicação e tornar válidas as determinações da comunicação nova ou revista para todas as informações médicas já recebidas e mantidas por nós bem como para todas as informações que recebamos no futuro. Nós lhe forneceremos uma cópia da comunicação revista mediante solicitação.

D83195-BP Rev. 9-13

SUA PRIVACIDADE. SEU DIREITO DE SABER.

Aviso de políticas de privacidade

WESTERN CONNECTICUT HEALTH NETWORK

DANBURY HOSPITAL • NEW MILFORD HOSPITAL

ESTA COMUNICAÇÃO DESCREVE COMO SUAS INFORMAÇÕES MÉDICAS PODERÃO SER USADAS E REVELADAS E COMO VOCÊ PODE TER ACESSO A ESTAS INFORMAÇÕES. LEIA ESTA COMUNICAÇÃO ATENTAMENTE.

Esta comunicação se aplica às seguintes entidades: The Danbury Hospital; New Milford Hospital; Eastern New York Medical Services, PC; Western Connecticut Home Care, Inc; Western Connecticut Health Network Affiliates; Western Connecticut Medical Group, Inc; and the Danbury and New Milford Hospital Medical Staffs; collectively "Western Connecticut Health Network". A lei exige mantermos a privacidade das suas informações médicas e a lhe fornecer esta Comunicação detalhada dos nossos deveres legais e práticas de privacidade referentes às suas informações médicas; a comunicar as pessoas afetadas em seguida a uma violação de informações de saúde desprotegidas e a cumprir os termos da comunicação que então estiver em vigor. Com relação às equipes Médicas dos Hospitais Danbury e New Milford, esta comunicação se aplica aos usos e às revelações das suas informações médicas pela equipe médica em relação aos serviços que você receber enquanto for um paciente internado ou ambulatorial do Hospital. Suas informações médicas serão compartilhadas entre as entidades abrangidas por esta comunicação de forma ininterrupta para as operações e tratamento, pagamento e assistência médica e outras finalidades associadas com a administração conjunta dos registros médicos.

USO E REVELAÇÕES PARA OPERAÇÕES DE TRATAMENTO, PAGAMENTO E ASSISTÊNCIA MÉDICA

Abaixo são listadas diversas maneiras como usamos ou revelamos suas informações de saúde para as finalidades de tratamento, pagamento e assistência médica sem a sua autorização por escrito. **Para tratamento:** Usaremos e revelaremos suas informações médicas no fornecimento de tratamento e serviços para você e a fim de coordenar sua assistência e poderemos revelar informações para outros fornecedores envolvidos no seu tratamento. Suas informações de saúde poderão ser usadas por médicos e enfermeiros, bem como técnicos de laboratório, nutricionistas, terapeutas físicos ou outro pessoal envolvido no seu tratamento. Por exemplo, os médicos poderão precisar discutir seu tratamento ou condições com um médico especialista ou médico apropriado envolvido no seu tratamento. **Para pagamento:** Poderemos usar e revelar suas informações médicas para as finalidades de cobrança e pagamento. Poderemos revelar suas informações para uma empresa seguradora ou de assistência administrada, Medicare, Medicaid ou para outro terceiro pagador. Por exemplo, poderemos entrar em contato com a Medicare ou com seu plano de saúde para confirmar sua cobertura ou
para solicitar aprovação prévia de serviços que lhe serão fornecidos. **Para operações de assistência médica:** Poderemos usar e revelar suas informações médicas, conforme for necessário, para as operações de assistência médica, como a administração, avaliação de pessoal, educação e treinamento e para monitorar a qualidade da nossa assistência. Poderemos revelar suas informações médicas para outra entidade com a qual você tenha ou teve um relacionamento se aquela entidade solicitar suas informações para algumas determinadas operações de assistência médica ou atividades de detecção de fraudes e abusos de assistência médica ou de cumprimento da legislação. Por exemplo, as informações médicas de pacientes poderão ser combinadas e analisadas para finalidades como a avaliação e melhoria da qualidade da assistência e do planejamento de serviços.

USOS ESPECÍFICOS E REVELAÇÕES DAS SUAS INFORMAÇÕES MÉDICAS

Abaixo são listadas diversas maneiras como usamos ou revelamos suas informações médicas. Lista telefônica do hospital: A menos que se oponha, incluiremos determinadas informações limitadas sobre você na nossa lista telefônica de pacientes do Danbury Hospital ou do New Milford Hospital durante sua hospitalização. Estas informações poderão incluir seu nome e localização no Hospital. Também preparamos e fornecemos uma lista de congregantes somente para os membros do clero da sua congregação.
Nossa lista telefônica não inclui informações médicas específicas sobre o paciente. Poderemos revelar as informações da lista telefônica para membros do clero e para as pessoas que perguntarem sobre o paciente pelo nome. **Pessoas envolvidas no seu tratamento e no pagamento do tratamento:** A menos que se oponha, poderemos revelar suas informações médicas para um membro da família, amigo próximo ou outra pessoa que você identificar, inclusive do clero, que estiver envolvida no seu tratamento. Emergências: Poderemos usar ou revelar suas informações médicas conforme for necessário em situações de tratamento de emergência. **Conforme exigido por lei:** Poderemos usar ou revelar suas informações médicas quando formos obrigados pela legislação. **Atividades de arrecadação de recursos:** Poderemos usar certas informações limitadas para entrar em contato com você em um esforço para arrecadar recursos para a Western Connecticut Health Network e suas operações. Poderemos revelar para um parceiro empresarial ou para uma fundação relacionada institucionalmente sem sua autorização: Informações demográficas, datas de serviços, informações sobre o departamento dos serviços, médico responsável pelo tratamento, informações sobre os resultados e status do seguro de saúde. As informações sobre arrecadação de recursos poderão lhe ser fornecidas, mas você pode optar não receber as mesmas. As comunicações incluirão uma forma de optar por não receber quaisquer comunicações sobre arrecadação de recursos. Se optar por não receber essas comunicações, trataremos isso como uma revogação de autorização. **Lembretes de consultas:** Poderemos usar ou revelar informações médicas para lembrar-lhe das suas consultas. **Alternativas de tratamento e benefícios e serviços relacionados à saúde:** Poderemos usar ou revelar suas informações médicas para lhe informar sobre alternativas de tratamento e benefícios e serviços relacionados com a saúde que possam lhe interessar. **Parceiros empresariais:** Poderemos revelar suas informações médicas protegidas para uma empresa contratada ou parceira empresarial que precisar das informações para nos prestar serviços. Nossas parceiras empresariais são responsáveis por mantes estas informações em sigilo. **Atividades de saúde pública:** Poderemos revelar suas informações médicas para as atividades de saúde pública. Estas atividades poderão incluir, por exemplo, comunicação a uma autoridade de saúde pública para evitar ou controlar uma doença, lesão ou incapacidade, denunciar maus tratos ou negligência a crianças ou para comunicar nascimentos e falecimentos. **Denúncia de vítimas de maus tratos, negligência ou violência doméstica:** Se acreditarmos que você foi vítima de maus tratos, negligência ou violência doméstica, poderemos usar e revelar suas informações médicas para comunicar a uma autoridade pública, se autorizado pela legislação ou caso você concordar com a denúncia. **Atividades de supervisão de saúde:** Poderemos revelar suas informações médicas para uma agência de supervisão de saúde para atividades autorizadas pela legislação, tais como atos de auditorias, investigações, inspeções e licenciamento ou para atividades envolvendo a supervisão governamental do sistema de tratamento médico. **Processos judiciais e administrativos:** Poderemos revelar suas informações médicas para responder a uma ordem judicial ou administrativa. Também poderemos revelar suas informações médicas para responder a uma intimação, pedido de revelação ou outro processo legal; deverão ser feitos todos os esforços para entrar em contato com você sobre o pedido ou para obter uma ordem ou acordo protegendo as informações. **Segurança pública:** Poderemos revelar suas informações médicas para determinadas finalidades de segurança pública, inclusive, por exemplo, para cumprir com obrigações referentes à denúncia; para cumprir com uma ordem ou mandado judicial ou processo legal semelhante; ou para responder a determinados pedidos por informações a respeito de crimes. **Pesquisa:** Poderemos revelar ou usar suas informações médicas para finalidades de pesquisa se os aspectos de privacidade da pesquisa tiverem sido analisados e aprovados, se o pesquisador estiver recolhendo informações para preparar uma proposta de pesquisa, se a pesquisa ocorrer após o seu falecimento, ou caso você autorize o uso ou revelação. **Médicos legistas, médicos peritos, diretores de funeral, organizações de intermediação de órgãos:** Poderemos liberar suas informações para um médico legista, médico perito, diretor de funeral ou, se você for doador de órgãos, para uma organização envolvida com a doação de órgãos e tecidos. **Para evitar uma ameaça séria à saúde ou segurança:** Quando for necessário para evitar uma ameaça grave à sua saúde ou segurança ou para a saúde ou segurança do público ou de outra pessoa, poderemos usar ou revelar informações médicas, limitando as revelações àquelas pessoas que possam ajudar a diminuir ou evitar o perigo ameaçado. **Militares, veteranos e outras funções governamentais específicas:** Se for membro das forças armadas, poderemos usar e revelar suas informações médicas conforme forem exigidas pelas autoridades militares de comando. Poderemos revelar informações médicas para finalidades de segurança nacional ou conforme for necessário para proteger o Presidente dos Estados Unidos ou determinados outros oficiais ou para realizar determinadas investigações especiais. **Seguro contra acidentes de trabalho:** Poderemos usar ou revelar suas informações médicas para cumprir com a legislação referente ao seguro contra acidentes de trabalho ou programas semelhantes. **Prisioneiros/custódia da segurança pública:** Se você estiver sob custódia de um oficial de segurança pública ou de uma instituição prisional, poderemos revelar suas informações médicas para a instituição ou oficial para determinadas finalidades inclusive para a saúde e segurança sua e de terceiros. **Auxílio às vítimas de desastres:** A não ser que se oponha, poderemos revelar suas informações médicas para uma organização de auxílio às vítimas de desastres.

USOS E REVELAÇÕES COM SUA AUTORIZAÇÃO:

Obteremos sua autorização por escrito para: (1) a maioria dos usos e revelações de anotações de psicoterapias (conforme definidas pela Lei de Portabilidade e Responsabilidade dos Planos de Saúde ("HIPAA"); (2) usos e revelações das suas informações médicas para finalidades de marketing; e (3) revelações que constituam uma venda das suas informações médicas. Estamos obrigados a obter sua autorização por escrito antes de usar ou revelar