



### **NOTA DOTYCZĄCA OCHRONY PRYWATNOŚCI**

**NINIEJSZA NOTA OPISUJE, W JAKI SPOSÓB INFORMACJE MEDYCZNE DOTYCZĄCEGO PANA/PANI MOGĄ BYĆ UŻYWANE I UJAWNIANE ORAZ W JAKI SPOSÓB MOŻE PAN/PANI UZYSKAĆ DOSTĘP DO TYCH INFORMACJI. PROSIMY O UWAŻNE PRZECZYTANIE TEJ NOTY.** Prawo wymaga od nas abyśmy chronili prywatność informacji o Pana/Pani zdrowiu i przekazali kopię niniejszej Noty. Jeśli ma Pan/Pani jakiegokolwiek pytania dotyczące tej Noty lub pragnie uzyskać więcej informacji, prosimy o kontakt z naszym wyznaczonym przedstawicielem osoby odpowiedzialnej za kwestie prywatności w Departamencie Relacji z Pacjentami pod numerem (718) 283-7212.

### **KTO BĘDZIE PRZESTRZEGAĆ TEJ NOTY?**

Nota ta opisuje praktyki ochrony prywatności informacji o zdrowiu stosowane w Centrum Medycznym im. Majmonidesa przez jego pracowników medycznych oraz powiązane podmioty świadczące opiekę zdrowotną, które wspólnie z naszym szpitalem świadczą usługi opieki medycznej. Praktyki ochrony prywatności opisane w niniejszej Nocie będą przestrzegane przez: (1) wszystkich specjalistów opieki zdrowotnej, którzy będą Pana/Panią leczyć we wszelkich naszych oddziałach, w tym w naszej Sieci Ambulatoryjnych Usług Zdrowotnych; (2) wszystkich pracowników, studentów, stażystów i wolontariuszy we wszelkich naszych oddziałach, w tym w naszej Sieci Ambulatoryjnych Usług Zdrowotnych; (3) wszystkich pracowników, personel medyczny, praktykantów, studentów i wolontariuszy firmy MMC Pharmacy, Inc. oraz Infusion Options, Inc.; a także (4) wszystkich wspólników w działaniach biznesowych naszego szpitala, MMC Pharmacy, Inc. oraz Infusion Options, Inc. Pana/Pani prywatny lekarz może stosować inne praktyki ochrony prywatności dotyczące używania i ujawniania informacji na temat Pana/Pani zdrowia związane z opieką świadczoną przez swój gabinet.

### **JAKIEGO RODZAJU INFORMACJE O STANIE ZDROWIA SĄ CHRONIONE**

Stosujemy zasadę ochrony prywatności w informacjach, które o Panu/Pani gromadzimy w trakcie świadczenia usług związanych ze zdrowiem. Niektóre przykłady chronionych informacji dotyczących zdrowia to:

- informacje wskazujące na to, że jest Pan/Pani pacjentem naszego szpitala lub, że jest Pan/Pani w naszym szpitalu leczony(a) lub otrzymuje jakiegokolwiek zabiegi;
- informacje o stanie zdrowia, (np. choroby, na które Pan/Pani cierpi);
- informacje o zabiegach lub usługach, które Pan/Pani otrzymała lub może otrzymywać w przyszłości (np. operacje); lub
- informacje o świadczeniach opieki zdrowotnej w ramach programu ubezpieczeniowego (np. czy recepta jest refundowana);

*gdy są powiązane z:*

- informacjami demograficznymi (takimi jak imię i nazwisko, adres lub status ubezpieczeniowy);
- przypisane indywidualnie numery, które mogą Pana/Panią identyfikować (takie jak Pana/Pani numer ubezpieczeniowy, numer telefonu lub numer prawa jazdy); oraz
- Inne informacje, które mogą doprowadzić do identyfikacji Pana/Pani.

## W JAKI SPOSÓB MOŻEMY UŻYWAĆ I UJAWNIAĆ INFORMACJE O STANIE PANA/PANI ZDROWIA BEZ PANA/PANI PISEMNEJ ZGODY

*Poniżej bardziej szczegółowo wyjaśniamy, w jaki sposób możemy używać i ujawniać informacje na temat Pana/Pani stanu zdrowia bez Pana/Pani pisemnej zgody.*

### 1. Leczenie, płacenie [za usługi] oraz działania biznesowe

**Leczenie.** Możemy dzielić się informacją o Pana/Pani stanie zdrowia z lekarzami, pielęgniarkami, technikami oraz innymi świadczącymi opiekę medyczną w szpitalu oraz w powiązanych z nim praktykach lekarskich, zaangażowanymi w sprawowanie nad Panem/Panią opieki, a osoby te mogą z kolei używać tych informacji w celu diagnozowania lub leczenia Pana/Pani. Lekarz z naszego szpitala może dzielić się informacjami na temat Pana/Pani zdrowia z innym lekarzem w naszym szpitalu lub z lekarzem w innym szpitalu w celu określenia jak Pana/Panią zdiagnozować lub leczyć. Pana/Pani lekarz może także dzielić się informacjami o Pana/Pani zdrowiu z innym lekarzem, do którego skierowano Pana/Panią po dalszą opiekę zdrowotną. Różne nasze oddziały i pracownicy służby zdrowia mogą dzielić się informacjami nt. Pana/Pani zdrowia w celu świadczenia lub koordynowania usług takich jak recepty, analizy laboratoryjne lub prześwietlenia rentgenowskie. Nasz wydział, studenci, wolontariusze i praktykanci będą mieć dostęp do informacji o Pana/Pani zdrowiu w celach szkoleniowych i leczenia przez swój udział w szkoleniach ustawicznej edukacji, stażach i programach dla rezydentów. Możemy również ujawniać informacje medyczne na Pana/Pani temat osobom spoza Centrum Medycznego, które mogą być zaangażowane w opiekę zdrowotną świadczoną Panu/Pani po opuszczeniu Centrum Medycznego, takim jak lekarze sprawujący dalszą opiekę, organizacje świadczące usługi fizjoterapii, dostawcy sprzętu medycznego, agencje opieki domowej, ośrodki kompleksowej opieki oraz ośrodki specjalistycznej opieki pielęgniarskiej.

**Zapłata za usługi.** Możemy używać informacji na temat Pana/Pani zdrowia lub dzielić się nimi z innymi w celu uzyskania zapłaty za wyświadczonemu Panu/Pani usługi zdrowotne. Np. możemy dzielić się informacjami z Pana/Pani towarzystwem ubezpieczeniowym w celu uzyskania zwrotu kosztów po leczeniu lub w celu określenia czy pokryje ono koszty Pana/Pani leczenia. Możemy dzielić się informacjami na Pana/Pani temat z innymi świadczącymi opiekę i płatnikami za ich działania, np. firmą wysyłającą karetki.

**Działania biznesowe.** Możemy używać informacji na temat Pana/Pani zdrowia lub dzielić się nimi z innymi w celu prowadzenia naszych działań biznesowych, do których należy wewnętrzne administrowanie, planowanie i inne działania poprawiające jakość i efektywność opieki, którą Panu/Pani świadczymy, jak np. poprawa wyników, analiza wykorzystania, audyt wewnętrzny, akredytacja, certyfikacja, wydawanie licencji, działania edukacyjne i uwierzytelniające. Np. możemy wykorzystać informacje na temat Pana/Pani zdrowia, aby przeprowadzić badania satysfakcji pacjentów, ocenić efektywność naszego personelu w świadczeniu opieki nad Panem/Panią lub szkolić naszych pracowników jak poprawić opiekę, którą świadczą Panu/Pani. Możemy ujawnić informacje na temat Pana/Pani zdrowia naszym przedstawicielom pacjentów oraz innym pracownikom w celu rozwiązania wszelkich zażaleń, które może Pan/Pani złożyć i w celu zapewnienia, by Pana/Pani wizyta u nas była wygodna. Na koniec, możemy dzielić się informacjami na temat Pana/Pani zdrowia z innymi podmiotami świadczącymi opiekę zdrowotną i płatnikami za pewne operacje biznesowe, jeśli informacje te są związane ze stosunkami, które świadczący lub płatnik obecnie ma lub wcześniej miał z Panem/Panią, jeśli prawo federalne wymaga od nich ochrony prywatności informacji na temat Pana/Pani zdrowia.

**Przypomnienia o wizytach, opcje leczenia, świadczenia i usługi.** W trakcie leczenia Pana/Pani możemy używać informacji o Pana/Pani zdrowiu w celu kontaktowania się z Panem/Panią, aby przypomnieć o umówionych wizytach u lekarza lub usługach. Możemy ponadto używać informacji o Pana/Pani zdrowiu w celu rekomendowania potencjalnych opcji leczenia lub świadczeń związanych ze zdrowiem i usług, które mogą Pana/Panią interesować.

**Zbieranie Funduszy.** Aby wspierać nasze działania biznesowe możemy używać informacji demograficznych dotyczących Pana/Pani, w tym informacji o wieku i płci, miejsca zamieszkania i pracy, jak również dni, w które był Pan/była Pani leczony(a), oddziału na którym był Pan/była Pani leczony(a), lekarza prowadzącego, wyników oraz Pana/Pani statusu w kwestii ubezpieczenia zdrowotnego - w celu kontaktowania się z Panem/Panią, aby zbierać pieniądze, które pomogą nam w działaniu. Możemy ponadto dzielić się tymi informacjami z fundacjami charytatywnymi, które będą się z Panem/Panią kontaktować w celu zbierania pieniędzy w naszym imieniu. Jeśli nie życzy sobie Pan/Pani abyśmy kontaktowali się z prośbą o wsparcie finansowe, może się Pan/Pani skontaktować z Biurem Rozwoju pod numerem (718) 283-8200.

**Partnerzy w biznesie.** Możemy ujawniać informacje o stanie Pana/Pani zdrowia wykonawcom, agentom lub innym partnerom w biznesie, którzy potrzebują informacji w celu pomagania nam w świadczeniu opieki zdrowotnej lub uzyskaniu płatności lub wykonywaniu naszych działań biznesowych. Np. możemy dzielić się informacjami o Pana/Pani zdrowiu z piszącymi transkrypcje medyczne i służbami kopiującymi, które pomagają nam w kopiowaniu Pana/Pani historii choroby. Jeśli ujawnimy informacje o Pana/Pani zdrowiu naszemu partnerowi biznesowemu, będzie on związany pisemną umową wymagającą od niego zapewnienia poufności informacji.

## **2. Informator o pacjentach /Organizacje niosące pomoc w sytuacjach kryzysowych/rodzina i przyjaciele**

**Informator o pacjentach.** O ile nie wyrazi Pan/Pani sprzeciwu włączymy Pana/Pani nazwisko, miejsce przebywania w naszym ośrodku, stan ogólny (to jest dobry, stabilny, krytyczny, etc.) oraz przekonania religijne do naszego Informatora o pacjentach na czas Pana/Pani pobytu w szpitalu lub jakimkolwiek innym naszym ośrodku. Informacje w informatorze, za wyjątkiem informacji o religii, mogą być ujawnianie osobom, które pytają o Pana/Panią podając Pana/Pani imię i nazwisko. Informacje o wyznawanej religii mogą być podane osobie duchownej, np. księdzu lub rabinowi nawet, jeśli nie będzie pytać o Pana/Panią z nazwiska.

**Organizacje niosące pomoc w sytuacjach kryzysowych.** Możemy ujawniać informacje dotyczące stanu zdrowia organizacjom niosącym pomoc w sytuacjach kryzysowych, takim jak Czerwony Krzyż, aby pomóc Pana/Pani członkom rodziny lub przyjacielom w zlokalizowaniu Pana/Pani lub uzyskaniu wiedzy na temat Pana/Pani ogólnego stanu w razie sytuacji kryzysowej.

**Rodzina i przyjaciele zaangażowani w opiekę nad Panem/Panią.** O ile nie wyrazi Pan/Pani sprzeciwu, możemy dzielić się informacjami na temat Pana/Pani zdrowia z członkami Pana/Pani rodziny, krewnymi czy bliskim przyjacielem zaangażowanym w opiekę lub płacącym za opiekę nad Panem/Panią. Możemy założyć, że zgadza się Pan/Pani na ujawnianie informacji na temat stanu zdrowia współmałżonkowi, gdy przychodzi Pan/Pani z nim do gabinetu lub szpitala podczas leczenia lub omawiania leczenia. Możemy także poinformować członka rodziny, przedstawiciela osobistego lub inną osobę odpowiedzialną za opiekę nad Panem/Panią o miejscu przebywania i ogólnym stanie podczas Pana/Pani pobytu w szpitalu lub o Pana/Pani śmierci. W niektórych przypadkach możemy być zobowiązani do dzielenia się informacjami o Panu/Pani z organizacją świadcząca pomoc po klęskach żywiołowych, która pomoże nam poinformować wyżej wymienione osoby.

### **3. Potrzeba publiczna**

*Możemy używać informacji o Pana/Pani stanie zdrowia i dzielić się tymi informacjami z innymi w celu spełnienia wymogów prawa lub ważnych potrzeb publicznych opisanych poniżej.*

**Wymóg prawny.** Możemy używać lub ujawniać informacje o stanie Pana/Pani zdrowia, jeśli wymaga tego od nas prawo. Poinformujemy Pana/Panią o zakresie używania i ujawniania ich, jeśli prawo wymaga przekazania takich informacji.

**Działania na rzecz zdrowia publicznego.** Możemy ujawniać informacje o stanie Pana/Pani zdrowia upoważnionym urzędnikom odpowiedzialnym za zdrowie publiczne (lub agencji obcego rządu współpracującego z tymi urzędnikami) tak, by mogli oni wykonywać swoje działania związane ze zdrowiem publicznym. Np. możemy dzielić się informacjami na temat Pana/Pani zdrowia z urzędnikami rządowymi odpowiedzialnymi za kontrolę zachorowań, obrażenia cielesne lub niepełnosprawność.

**Ofiary maltretowania, zaniedbania lub przemocy domowej.** Możemy ujawnić informacje na temat Pana/Pani stanu zdrowia władzom publicznym upoważnionym do otrzymywania raportów o maltretowaniu, zaniedbywaniu lub przemocy domowej. Np. możemy zgłosić informacje o Panu/Pani urzędnikom rządowym, jeśli mamy realne podstawy, żeby uznać Pana/Panią za ofiarę maltretowania, zaniedbywania czy przemocy domowej. Poczynimy wszelkie możliwe wysiłki, aby przed przekazaniem informacji uzyskać Pana/Pani zgodę, ale w niektórych przypadkach może być od nas wymagane lub możemy mieć upoważnienie do działania bez Pana/Pani zgody.

**Działania monitorujące zdrowie.** Możemy ujawniać informacje o stanie Pana/Pani zdrowia jednostkom rządowym upoważnionym do przeprowadzania autydwów, badania i inspekcji naszych obiektów oraz nadawania uprawnień. Te jednostki rządowe monitorują działania systemu opieki zdrowotnej, programów świadczeń rządowych takich jak Medicare i Medicaid oraz zgodność z regulacyjnymi programami rządowymi i regulacjami prawa cywilnego.

**Monitorowanie produktu, poprawienie i wycofanie.** Możemy ujawniać informacje o stanie Pana/Pani zdrowia osobie lub firmie, która jest regulowana przez Administrację ds. Żywności i Lekarstw w celu sporządzenia raportu o problemach związanych z produktami.

**Procesy sądowe i spory.** Możemy ujawniać informacje o stanie Pana/Pani zdrowia, jeśli otrzymamy nakaz sądowy lub nakaz trybunału administracyjnego rozstrzygającego proces sądowy lub inne spory.

**Bezpieczeństwo narodowe i działania wywiadowcze lub usługi ochrony.** Możemy ujawniać informacje o stanie Pana/Pani zdrowia upoważnionym funkcjonariuszom służb federalnych prowadzących działania związane z narodowym bezpieczeństwem i działania wywiadowcze lub działania ochrony Prezydenta albo innych ważnych osób.

**Wojsko i weterani.** Jeśli jest Pan/Pani w siłach zbrojnych, możemy ujawnić informacje o stanie Pana/Pani zdrowia odpowiednim władzom dowództwa wojskowego do działań, jakie uznają za konieczne do przeprowadzenia swojej misji wojskowej. Możemy ponadto ujawniać informacje o stanie zdrowia zagranicznych osób wojskowych odpowiednim zagranicznym władzom wojskowym.

**Pensjonariusze i instytucje penitencjarne.** Jeśli jest Pan/Pani pensjonariuszem zakładu opieki lub osobą osadzoną lub też zatrzymaną przez funkcjonariusza służb egzekwujących prawo, możemy ujawniać informacje o stanie Pana/Pani zdrowia funkcjonariuszom służb więziennych lub służb egzekwujących prawo, jeśli jest to konieczne, aby zapewnić Panu/Pani opiekę zdrowotną lub utrzymać bezpieczeństwo i porządek w miejscu, w którym Pan/Pani przebywa/jest osadzony(a). Należy tu także dzielenie się informacjami koniecznymi do ochrony zdrowia i bezpieczeństwa innych pensjonariuszy/osadzonych lub osób zaangażowanych w nadzorowanie lub przewożenie pensjonariuszy/osadzonych.

**Kompensacja pracownicza.** Możemy ujawniać informacje o stanie Pana/Pani zdrowia programom kompensacji pracowniczej lub podobnym wypłacającym świadczenia w związku z obrażeniami związanymi z pracą.

**Koronerzy, medyczni eksperci dokonujący badania i dyrektorzy zakładów pogrzebowych.** Możemy ujawniać informacje o stanie Pana/Pani zdrowia koronerowi lub ekspertowi medycznemu dokonującemu badanie. Może to być konieczne np., aby określić przyczynę zgonu. Możemy informacje ujawnić także dyrektorowi zakładu pogrzebowego w zakresie koniecznym do pełnienia przez niego obowiązków służbowych.

**Darowanie organów i tkanek.** Możemy ujawniać informacje o Pana/Pani zdrowiu organizacjom poszukującym lub przechowującym organy, oczy i inne tkanki.

**Badania.** Możemy używać lub ujawniać informacje o Pana/Pani zdrowiu bez Pana/Pani pisemnej zgody, jeśli uzyskamy aprobatę w wyniku specjalnego procesu mającego zapewnić by badanie przeprowadzone bez Pana/Pani pisemnej zgody stanowiło minimalne zagrożenie dla Pana/Pani prywatności. W żadnych okolicznościach nie pozwolimy prowadzącym badania na użycie Pana/Pani nazwiska lub publiczną identyfikację. Możemy także ujawnić informacje o Pana/Pani zdrowiu bez Pana/Pani pisemnego pozwolenia osobom, które przygotowują przyszłe projekty badawcze o ile informacje Pana/Panią identyfikujące nie wyjdą poza nasz ośrodek. Możemy podzielić się informacjami o Pana/Pani zdrowiu z osobami prowadzącymi badania przy użyciu informacji o osobach nieżyjących pod warunkiem, że zgodzą się nie wnosić z naszego ośrodka żadnej informacji identyfikującej Pana/Panią.

**Aby nie dopuścić do poważnego grożącego ryzyka dla zdrowia lub bezpieczeństwa.** Możemy używać informacji o stanie Pana/Pani zdrowia lub dzielić się nimi z innymi, gdy jest to konieczne, aby nie dopuścić do powstania poważnego grożącego ryzyka dla Pana/Pani zdrowia albo bezpieczeństwa lub zdrowia albo bezpieczeństwa innej osoby lub zdrowia/bezpieczeństwa publicznego. W takich przypadkach będziemy dzielić się informacjami tylko z kimś, kto może pomóc w zapobieżeniu zagrożeniu. Możemy ponadto ujawnić informacje o Pana/Pani stanie zdrowia funkcjonariuszom odpowiedzialnym za egzekucję prawa, jeśli powie nam Pan/Pani, że brał(a) udział w przestępstwie, które mogło spowodować poważne fizyczne obrażenia innej osoby (chyba że powiedział(a) Pan/Pani o tym fakcie w trakcie porady psychologicznej) lub też jeśli uznamy, że uciekł(a) Pan/Pani z prawnie nałożonego na siebie miejsca nakazanego przebywania (to jest więzienia lub zakładu dla osób psychicznie chorych).

**Egzekucja prawa.** Możemy ujawniać informacje o stanie Pana/Pani zdrowia urzędnikom służb egzekwujących prawo w następujących okolicznościach:

- W celu spełnienia nakazów sądowych lub wypełnienia przepisów prawa, których musimy przestrzegać;

- W celu wspomaganie urzędników służb egzekwujących prawo w identyfikacji lub odnalezieniu podejrzanego, uciekiniera, świadka lub osoby zaginionej;
- Jeśli był(a) Pan/Pani ofiarą przestępstwa, a my uznamy, że: (1) nie mogliśmy otrzymać Pana/Pani zgody na skutek stanu nagłego lub Pana/Pani niezdolności do działań; (2) funkcjonariusz służb egzekwujących prawo potrzebuje informacji natychmiast w celu wykonywania obowiązków egzekwowania prawa; i (3) w naszej profesjonalnej ocenie ujawnienie [informacji] tym urzędnikom leży w Pana/Pani interesie;
- Jeśli podejrzewamy, że Pana/Pani śmierć wynikła z popełnienia przestępstwa;
- Jeśli konieczne jest zgłoszenie przestępstwa, które miało miejsce na Pana/Pani nieruchomości; lub
- Jeśli konieczne jest zgłoszenie przestępstwa odkrytego w czasie udzielania pomocy medycznej w stanie nagłym poza szpitalem (np. przestępstwa odkrytego przez techników medycznych specjalizujących się w stanach nagłych, na miejscu zbrodni).

**4. Przypadkowe ujawnienie.** Podczas gdy my podejmować będziemy rozsądne kroki w celu chronienia prywatności informacji o Pana/Pani zdrowiu, dojść może do ujawnienia pewnych informacji o Pana/Pani zdrowiu na skutek nieuniknionego wypadku. Na przykład, w trakcie sesji leczenia inni pacjenci w miejscu leczenia mogą zobaczyć lub przypadkowo usłyszeć informacje o Pana/Pani zdrowiu.

#### **WYMÓG DOTYCZĄCY ZEZWOLENIA (UPOWAŻNIENIA) NA PIŚMIE**

Wykorzystanie informacji o Pana/Pani zdrowiu lub dzielenie się nimi do celów innych niż określone powyżej będzie miało miejsce wyłącznie za Pana/Pani pisemną zgodą. Jeśli udzieli nam Pan/Pani pisemnego upoważnienia do wykorzystywania lub ujawniania informacji na swój temat, ma Pan/Pani prawo do cofnięcia go w każdej chwili, w formie pisemnej. Jeżeli cofnie Pan/Pani upoważnienie, nie będziemy już wykorzystywać ani ujawniać informacji na temat Pana/Pani zdrowia w sytuacjach uwzględnionych w upoważnieniu, przy czym nie jesteśmy w stanie cofnąć ujawnień dokonanych, gdy upoważnienie obowiązywało.

W większości przypadków, gdy wykorzystywane i ujawniane są notatki z psychoterapii, gdy informacje zdrowotne są wykorzystywane i ujawniane w celach marketingowych oraz gdy ujawnianie stanowi sprzedaż informacji zdrowotnych, wykorzystywanie i ujawnianie będzie dokonywane wyłącznie za Pana/Pani pisemną zgodą.

#### **PANA/PANI PRAWO DO DOSTĘPU I KONTROLOWANIA INFORMACJI O SWOIM STANIE ZDROWIA**

*Ma Pan/Pani następujące prawa dotyczące przechowywanych przez nas informacji o Pana/Pani stanie zdrowia:*

##### **1. Prawo do wglądu i kopiowania wpisów**

Ma Pan/Pani prawo do wglądu i uzyskania kopii wszelkich informacji dotyczących Pana/Pani zdrowia, które mogą być użyte do podejmowania decyzji dotyczących Pana/Pani i leczenia tak długo, jak informacje te pozostają w naszych rejestrach. Dotyczy to wpisów medycznych i kosztowych. W celu uzyskania wglądu lub otrzymania kopii informacji na temat Pana/Pani zdrowia prosimy złożyć pismo do Departamentu usług informacji zdrowotnych. Jeśli zwraca się Pan/Pani o kopię informacji, możemy pobrać opłatę za koszty kopiowania, wysyłki lub innych materiałów, których użyjemy do spełnienia Pana/Pani prośby. Standardowa opłata wynosi 0,75 USD za stronę i musi zostać wniesiona przed w lub w czasie przekazania Panu/Pani kopii.

W pewnych okolicznościach możemy odrzucić Pana/Pani prośbę o uzyskanie wglądu lub kopii informacji na temat Pana/Pani. Jeśli tak uczynimy, prześlemy Panu/Pani pisemne wyjaśnienie podające przyczyny odrzucenia prośby oraz całościowy opis Pana/Pani prawa do odwołania się od decyzji i wyjaśnienie jak może Pan/Pani skorzystać z tego prawa. Nota zawierać będzie także informacje na temat tego, w jaki sposób złożyć zażalenie u nas lub do Sekretarza Departamentu Zdrowia i Usług dla Ludności w związku ze wspomnianymi sprawami. Jeśli mamy powód do odrzucenia Pana/Pani podania w części, zapewnimy dostęp do pozostałej części dokumentacji.

## **2. Prawo do korygowania wpisów**

Jeśli uważa Pan/Pani, że informacje na temat zdrowia, które mamy o Panu/Pani są błędne lub niepełne, może Pan/Pani poprosić nas o poprawienie informacji. Ma Pan/Pani prawo do poproszenia o korektę przez cały czas, gdy dokumenty pozostają w naszych rejestrach. Aby poprosić o korektę, prosimy zwrócić się do Departamentu usług informacji zdrowotnych. Prośba powinna zawierać powody, dla których uważa Pan/Pani, że powinniśmy wprowadzić korektę. Zwykle odpowiadamy na Pana/Pani podanie w ciągu 60 dni. Jeśli na odpowiedź potrzebna jest nam dłuższy czas, poinformujemy o tym fakcie na piśmie ciągu 60 dni podając przyczyny opóźnienia oraz kiedy może Pan/Pani spodziewać się otrzymania ostatecznej odpowiedzi na podanie.

Jeśli odrzucimy częściowo lub w całości Pana/Pani prośbę, dostarczymy pisemną notę wyjaśniającą przyczyny naszego działania. Ma Pan/Pani prawo do tego by pewne informacje związane z poprawką, o którą Pan/Pani prosi były dołączone do wpisów o Panu/Pani. Np., jeśli nie zgadza się Pan/Pani z naszą decyzją będzie Pan/Pani miała możliwość przekazania oświadczenia wyjaśniającego ten fakt, które zostanie włączone do Pana/Pani akt. Włączymy także informacje dotyczące tego, w jaki sposób złożyć zażalenie do Sekretarza Departamentu Zdrowia i Usług dla Ludności. Procedury te zostaną bardziej szczegółowo wyjaśnione w negatywnej pisemnej odpowiedzi, którą Panu/Pani prześlemy.

## **3. Prawo do uzyskania spisu ujawnień**

Ma Pan/Pani prawo do poproszenia o spis ujawnień (zdefiniowanego, poniżej), który identyfikuje pewne inne osoby czy organizacje, którym ujawniliśmy informacje o Pana/Pani zdrowiu. Jeśli prośba o spis ujawnień zostanie skierowana do Centrum Medycznego im. Majmonidesa, nasza odpowiedź w normalnych warunkach ograniczona będzie do ujawnień dokonanych przez szpital (w tym naszej kliniki) i w normalnych okolicznościach nie będzie zawierać ujawnień dokonanych przez inne podmioty lub osoby wymienione na początku niniejszej Noty, jak np. ujawnienia dokonane przez poszczególnych lekarzy w ich prywatnych gabinetach.

Spis ujawnień nie będzie ponadto zawierał informacji o następujących ujawnieniach:

- Ujawnieniach dokonanych Panu/Pani lub Pana/Pani osobistemu przedstawicielowi;
- Ujawnieniach dokonanych zgodnie z pisemnym upoważnieniem od Pana/Pani;
- Ujawnieniach dokonanych w celach leczenia, płatniczych lub do prowadzenia operacji biznesowych;
- Ujawnieniach dokonanych z informatora o pacjentach;
- Ujawnieniach dokonanych Pana/Pani przyjaciółom i rodzinie - zaangażowanym w opiekę nad Panem/Panią lub płatność za nią;
- Ujawnieniach, które były przypadkowe przy dozwolonym wykorzystaniu lub ujawnianiu informacji o Pana/Pani zdrowiu (np. informacji przypadkowo usłyszanych przez innego przechodzącego pacjenta);

- Ujawnieniach ograniczonych części informacji o Pana/Pani zdrowiu, które Pana/Pani nie identyfikują bezpośrednio, dokonanych w celach badawczych, dla zdrowia publicznego lub naszych operacji biznesowych;
- Ujawnieniach dokonanych funkcjonariuszom federalnym w celach działań na rzecz bezpieczeństwa narodowego i działań wywiadowczych;
- Ujawnieniach dokonanych o osadzonych w instytucjach penitencjarnych lub funkcjonariuszom służb egzekwujących prawo;

Aby otrzymać spis ujawnień prosimy pisać do Departamentu usług informacji zdrowotnych. Prośba musi zawierać okres w ciągu ostatnich sześciu lat, z którego pragnie Pan/Pani otrzymać spis ujawnień. Ma Pan/Pani prawo do otrzymania jednego spisu ujawnień, co 12 miesięcy bez ponoszenia opłat. Możemy jednakże obciążyć Pana/Panią kosztami przekazywania dodatkowych spisów za ten sam okres 12 miesięcy. Zawsze będziemy Pana/Panią informować o wszelkich kosztach związanych ze spisem tak, by mógł Pan/mogła Pani ewentualnie wycofać lub zmienić prośbę przed poniesieniem jakichkolwiek kosztów.

W normalnych warunkach odpowiemy na Pana/Pani prośbę o spis ujawnień w ciągu 60 dni. Jeśli potrzebujemy więcej czasu, aby przygotować spis ujawnień, o który Pan/Pani poprosiła, poinformujemy Pana/Panią na piśmie o przyczynie opóźnienia i dacie, kiedy może Pan/Pani oczekiwać otrzymania spisu ujawnień. W rzadkich przypadkach możemy być zmuszeni do opóźnienia przekazania Panu/Pani informacji bez informowania Pana/Pani o tym na skutek otrzymania takiej prośby od funkcjonariusza służb egzekwujących prawo lub funkcjonariusza agencji rządowej.

#### **4. Prawo do poproszenia o dodatkową ochronę prywatności**

Ma Pan/Pani prawo do poproszenia o dalsze ograniczenie sposobu, w jaki używamy i ujawniamy informacje o Pana/Pani zdrowiu w celu leczenia, odbierania zapłaty za leczenie lub prowadzenia naszych działań biznesowych. Może Pan/Pani poprosić także o ograniczenie udzielania informacji o Panu/Pani rodzinie lub przyjaciółom zaangażowanym w opiekę nad Panem/Panią. Na przykład może Pan/Pani poprosić o to abyśmy nie ujawniali informacji o przebytej operacji. Aby poprosić o ograniczenia, prosimy pisać do Departamentu usług informacji zdrowotnych. Pana/Pani prośba powinna zawierać, (1) jakich informacji udzielenie chce Pan/Pani ograniczyć; (2) czy chce Pan/Pani ograniczać to, w jaki sposób możemy używać informacji, dzielić się nimi z innymi lub oba; oraz (3) do kogo chce Pan/Pani stosować ograniczenia. Wyślemy do Pana/Pani odpowiedź na piśmie. Z wyjątkiem powyższego, nie jest od nas wymagana zgoda na Pana/Pani prośbę dotyczącą ograniczenia a w niektórych przypadkach Pana/Pani prośba może być niedozwolona prawem. Musimy wyrazić zgodę na Pana/Pani prośbę o nieujawnianie informacji o usłudze programu zdrowotnego podlegającej opłacie lub operacjach, jeżeli zapłacił Pan/zapłaciła Pani za daną usługę w całości z własnej kieszeni. *Jeśli wyrazimy zgodę na ograniczenie, będziemy związani naszą umową o ile informacje nie są potrzebne do leczenia Pana/Pani w stanie nagłym lub wypełnienia przepisów prawa.* Po wyrażeniu przez nas zgody na ograniczenie ma Pan/Pani prawo do odwołania ograniczenia w każdej chwili. W niektórych okolicznościach także my będziemy mieć prawo do cofnięcia ograniczenia o ile wcześniej Pana/Panią o tym poinformujemy; w innych przypadkach będziemy potrzebowali Pana/Pani zgody na cofnięcie ograniczenia.

#### **5. Prawo do poproszenia o komunikowanie się z zachowaniem poufności**



Ma Pan/Pani prawo do poproszenia abyśmy komunikowali się z Panem/Panią w sprawach medycznych w sposób bardziej dyskretny – poprzez zwrócenie się do nas z prośbą abyśmy komunikowali się z Panem/Panią alternatywnymi środkami komunikacji lub w alternatywnych miejscach. Na przykład, może Pan/Pani poprosić abyśmy kontaktowali się na adres/numer telefonu domowego a nie z pracy. Aby poprosić o bardziej poufny sposób komunikacji prosimy pisać do naszego Departamentu Relacji z Pacjentami. *Nie będziemy pytać o przyczynę takiej prośby i postaramy się spełnić wszelkie rozsądne prośby.* Prosimy w podaniu podać jak i gdzie pragnie Pan/Pani abyśmy się z nim/nią kontaktowali oraz jak dokonywane będą płatności za opiekę, jeśli mamy komunikować się poprzez alternatywne metody lub w alternatywnych miejscach.

## **6. Prawo do dostępu drogą elektroniczną**

Na żądanie ma Pan/Pani prawo uzyskać dostęp do elektronicznej wersji informacji o stanie zdrowia (w zakresie, w jakim przechowujemy informacje w formie elektronicznej). Jeżeli informacja nie jest bezpośrednio dostępna w formie elektronicznej i formacie elektronicznym, o jaki Pan/Pani się zwraca, prześlemy informację w innym uzgodnionym wspólnie formacie umożliwiającym odczyt elektroniczny.

W niniejszej notcie informujemy, na wypadek gdyby zwracał(a) się Pan/Pani o udostępnienie informacji w formacie elektronicznym drogą mailową, że wiadomość e-mail jest niezabezpieczonym środkiem przekazu informacji i przekazywanie informacji medycznych w ten sposób wiąże się z pewnym ryzykiem. Informacje przesyłane pocztą elektroniczną są bardziej podatne na nieuprawnione przechwycenie przez osoby trzecie niż przesyłane bezpieczniejszymi kanałami. Jeżeli wyrazi Pan/Pani zgodę na przesłanie informacji pocztą elektroniczną, akceptuje Pan/Pani tym samym ryzyko, o którym został(a) Pan/Pani poinformowany(a), i zgadza się, że nie ponosimy odpowiedzialności za nieuprawniony dostęp do takich informacji o stanie zdrowia podczas przesyłu lub po dostarczeniu informacji do Pana/Pani na Pana/Pani wniosek.

## **7. Naruszenie poufności informacji o stanie zdrowia**

Poinformujemy Pana/Panią, jeżeli dojdzie do naruszenia poufności niezabezpieczonej informacji o stanie zdrowia.

## **INFORMACJE DODATKOWE**

**W jaki sposób ktoś może działać w Pana/Pani imieniu.** Ma Pan/Pani prawo do wyznaczenia osobistego przedstawiciela, który działać będzie w Pana/Pani imieniu w celu kontrolowania poufności informacji o Pana/Pani zdrowiu. Prosimy jednak zwrócić uwagę na fakt, że wyznaczenie osoby do działania w imieniu Pana/Pani w tym celu nie daje tej osobie prawa do podejmowania decyzji o leczeniu Pana/Pani. Rodzice i opiekunowie zwykle mają prawo do kontrolowania prywatności informacji o stanie zdrowia osób niepełnoletnich o ile osoby niepełnoletnie nie mają prawnie przyznanego prawa do działania we własnym imieniu.

**Szczególne informacje o ochronie informacji związanych z HIV, informacji o zdrowiu psychicznym oraz nadużywaniu środków odurzających.**

Szczególne informacje o ochronie prywatności dotyczą informacji związanych z HIV, pewnych informacji o zdrowiu psychicznym oraz informacji o nadużywaniu środków odurzających. Niektóre części niniejszej Noty dotyczącej ochrony prywatności mogą nie stosować się do tych rodzajów informacji. Pisemne wyjaśnienie dotyczące tego, w jaki sposób informacje będą chronione, zamieszczono na końcu niniejszej Noty.

**Osoba odpowiedzialna za ochronę danych osobowych.** Osobą odpowiedzialną za ochronę danych osobowych jest u nas Sandra Maliszewski. Jeśli ma Pan/Pani pytania dotyczące tej Noty lub pragnie uzyskać więcej informacji, prosimy o kontakt z wyznaczonym przedstawicielem osoby odpowiedzialnej za kwestie prywatności w Departamencie Relacji z Pacjentami pod numerem (718) 283-7212.

## **W JAKI SPOSÓB OTRZYMAĆ KOPIĘ TEJ NOTY**

Ma Pan/Pani prawo do uzyskania kopii ten noty na piśmie. Może Pan/Pani w dowolnej chwili poprosić o kopię na piśmie, nawet jeśli wcześniej wyraził(a) Pan/Pani zgodę na otrzymanie tej noty w formie elektronicznej. W tym celu prosimy o *skontaktowanie się z Departamentem Relacji z Pacjentami pod numerem (718) 283-7212*. Może Pan/Pani otrzymać także kopię niniejszej noty, ściągnąjąc ją z naszej strony internetowej pod adresem [www.maimonidesmed.org](http://www.maimonidesmed.org), lub prosząc o kopię w trakcie najbliższej wizyty. Nasze praktyki dotyczące prywatności możemy co pewien czas modyfikować. Jeśli je zmienimy, uaktualnimy niniejszą notę tak, aby miał(a) Pan/Pani dokładne streszczenie naszych praktyk. Ta uaktualniona nota stosować się będzie do wszystkich informacji na temat Pana/Pani przechowywanych przez Maimonides i powiązanych dostawców, a my, na mocy prawa, będziemy zobowiązani do przestrzegania jej warunków. Będzie Pan/Pani mógł (mogła) otrzymać własną kopię uaktualnionej noty z naszej strony internetowej pod adresem [www.maimonidesmed.org](http://www.maimonidesmed.org) lub kontaktując się z *Departamentem Relacji z Pacjentami pod numerem (718) 283-7212* lub prosząc o kopię w trakcie najbliższej wizyty. Data wejścia w życie noty będzie zawsze podawana w prawym górnym rogu pierwszej strony.

## **W JAKI SPOSÓB ZŁOŻYĆ ZAŻALENIE**

Jeśli uważa Pan/Pani, że Pana/Pani prawo do prywatności zostało naruszone, może Pan/Pani złożyć na nas zażalenie do nas lub do Sekretarza Departamentu Zdrowia i Usług dla Ludności. Aby złożyć zażalenie do nas prosimy kontaktować się z *Departamentem Relacji z Pacjentami pod numerem (718) 283-7212*. Nikt nie będzie brać odwetu ani podejmować przeciwko Panu/Pani działań za złożenie skargi.

### **Poufność informacji dotyczących zdrowia psychicznego**

Prywatność i poufność informacji dotyczących zdrowia psychicznego przechowywanych w tym szpitalu jest chroniona regulacjami prawa federalnego i stanowego. Niektóre informacje dotyczące zdrowia psychicznego są chronione w dodatkowy sposób.

Jeśli zachodzi niezgodność pomiędzy tą ochroną a ochroną dotyczącą informacji na temat zdrowia psychicznego opisaną powyżej, zastosowanie ma szczególna ochrona odnosząca się do informacji na temat zdrowia psychicznego.

Generalnie, personel w szpitalu (lub osoby z nim powiązane przez swą działalność) może (mogą) wykorzystywać informacje dotyczące Pana/Pani zdrowia psychicznego w związku z pełnieniem swych obowiązków w celu leczenia, uzyskania zapłaty za leczenie lub prowadzenia działań biznesowych szpitala. Zasadniczo szpital nie może ujawniać informacji dotyczących zdrowia psychicznego Pana/Pani innym osobom spoza szpitala, *za wyjątkiem następujących sytuacji:*

- Gdy szpital uzyskał pisemne pozwolenie od Pana/Pani;
- Osobistemu przedstawicielowi, który jest uprawniony do podejmowania decyzji dotyczących zdrowia psychicznego w imieniu Pana/Pani;
- Agendom rządowym lub prywatnym towarzystwom ubezpieczeniowym w celu uzyskania zapłaty za usługi świadczone na rzecz Pana/Pani;
- W celu wypełnienia nakazu sądu;
- Odpowiednim osobom, które mogą odwrócić poważne i bezpośrednio zagrażające niebezpieczeństwo dla zdrowia lub bezpieczeństwa Pana/Pani lub innej osoby;

- Odpowiednim władzom rządowym w celu odnalezienia zaginionej osoby lub przeprowadzenia dochodzenia w sprawie kryminalnej w zakresie dozwolonym przez prawo o poufności federalne i stanowe;
- Licencjonowanym służbom innych szpitali świadczącym pomoc w przypadkach nagłych, w zakresie dozwolonym przez federalne i stanowe prawo o poufności;
- Służbom prawnym higieny umysłowej oferowanym przez Stan;
- Prawnikom reprezentującym pacjentów w przypadku hospitalizacji niedobrowolnej;
- Upoważnionym urzędnikom rządowym w celu monitorowania lub oceny jakości opieki świadczonej przez szpital lub jego pracowników;
- Wykwalifikowanym badaczom, bez uzyskania od Państwa szczególnego upoważnienia, jeśli badania stanowią minimalne ryzyko dla Państwa prywatności;
- Koronerom i ekspertom medycznym w celu określenia przyczyny śmierci; oraz
- Jeśli przebywa Pan/Pani w instytucji penitencjarnej, która wykaże, że informacje te są jej potrzebne w celu zapewnienia Panu/Pani opieki zdrowotnej lub w celu chronienia zdrowia lub bezpieczeństwa Pana/Pani lub innych osób w danym zakładzie.

### **Poufność informacji dotyczących HIV**

Prywatność i poufność informacji dotyczących HIV przechowywanych w Centrum Medycznym im. Majmonidesa jest chroniona regulacjami prawa federalnego i stanowego. Ochrona z nich wynikająca jest bardziej rozbudowana niż opisana powyżej ochrona innych informacji zdrowotnych.

Poufne informacje związane z HIV to wszelkie informacje wskazujące, że Pan/Pani poddał(a) się badaniom związanym z HIV, ma chorobę związaną z HIV lub AIDS lub że ma infekcję związaną z HIV, a także wszelkie informacje, które mogą w rozsądny sposób identyfikować Pan/Panią jako osobę, która poddała się badaniu związanym z HIV lub cierpi na infekcję HIV.

Na mocy prawa stanu Nowy Jork poufne informacje związane z HIV mogą być przekazywane wyłącznie osobom, którym zgodnie z prawem wolno posiadać takie informacje lub osobom, którym Pan/Pani zezwolił(a) posiadać takie informacje przez podpisanie pisemnego formularza upoważnienia.

Generalnie, informacje związane z HIV dotyczące Pana/Pani mogą być wykorzystywane przez personel w szpitalu potrzebujący tych informacji w celu sprawowania bezpośredniej opieki lub leczenia, przetwarzania zapisów fakturowych lub rejestru zwrotu kosztów lub w celu monitorowania albo oceniania jakości opieki świadczonej w szpitalu. Zasadniczo szpital nie może ujawniać żadnym osobom spoza szpitala żadnych poufnych informacji zwianych z HIV, które szpital uzyska w trakcie leczenia Pana/Pani, *za wyjątkiem gdy:*

- Szpital uzyskał pisemne pozwolenie od Pana/Pani;
- Informacje ujawniane są osobie uprawnionej na mocy odpowiedniego prawa do podejmowania decyzji dotyczących opieki zdrowotnej w imieniu Pana/Pani, a ujawnione informacje wiążą się z wykonywaniem przez tę osobę roli podejmującego decyzje w kwestiach opieki zdrowotnej;
- Informacje ujawniane są innemu podmiotowi świadczącemu opiekę zdrowotną lub płatnikowi za leczenie lub w celach płatniczych;
- Informacje ujawniane są zewnętrznemu agentowi szpitala, który potrzebuje tych informacji, aby świadczyć Panu/Pani bezpośrednią opiekę lub leczenie, przetworzyć zapisy fakturowe lub zapisy zwrotów kosztów albo w celu monitorowania lub oceniania jakości opieki świadczonej w szpitalu. W takich przypadkach zwykle szpital posiada umowę z agentem w celu zapewnienia, by Pana/Pani

poufne informacje związane z HIV były chronione, zgodnie z wymogami prawa i regulacji federalnych i stanowych dotyczących poufności;

- Ujawnienie informacji jest wymagane przez nakaz sądowy;
- Informacje ujawniane są organizacji pozyskującej część ciała do transplantacji;
- Otrzymuje Pan/Pani usługi świadczone w ramach programu monitorowanego lub nadzorowanego przez agendy federalne, stanowe lub samorządowe, a ujawnienie jest czynione na rzecz takiej agendy federalnej lub innego pracownika lub agenta agendy, gdy jest to potrzebne w ramach rozsądku do nadzorowania, monitorowania czy administrowania świadczenia usług w ramach danego programu;
- Na mocy prawa federalnego lub stanowego szpital musi ujawnić informacje urzędnikowi ds. zdrowia publicznego, w tym w wymaganych raportach wyników niektórych testów i znanych osób;
- Ujawnienie jest wymagane do celów zdrowia publicznego i/lub w związku z pewnymi sytuacjami narażenia pracowników Centrum Medycznego;
- Jeśli przebywa Pan/Pani w instytucji penitencjarnej, a ujawnienie informacji poufnych związanych z HIV dyrektorowi ds. medycznych takiej instytucji jest konieczne, aby dyrektor mógł pełnić swoje zadania;
- W przypadku zgonu, informacje ujawniane są na świadectwie zgonu dyrektorowi zakładu pogrzebowego, który jest odpowiedzialny za zwłoki zmarłego i który ma dostęp do poufnych informacji związanych z HIV w trakcie normalnych działań służbowych;
- Informacje ujawniane są w celu zgłoszenia odpowiednim władzom stanowym lub lokalnym okoliczności znięcia się nad dziećmi lub zaniedbania.

Złamanie tych regulacji dotyczących ochrony prywatności może spowodować nałożenie na szpital kary w trybie cywilnym lub karnym. Podejrzenia złamania prawa można zgłaszać do odpowiednich władz zgodnie z prawem federalnym i stanowym.

## **W JAKI SPOSÓB ZŁOŻYĆ ZAŻALENIE DOTYCZĄCE WYKORZYSTANIA INFORMACJI DOTYCZĄCYCH HIV**

Jeśli jest Pan/Pani dyskryminowany(a) z powodu ujawnienia poufnych informacji związanych z HIV, może Pan/Pani skontaktować się z Pionem Praw Człowieka, oddział Nowy Jork pod numerem 888.392.3644 lub Komisją Miasta Nowy Jork ds. Praw Człowieka pod numerem 212.306.7500. Agendy te są odpowiedzialne za ochronę Pana/Pani praw.