



## AVISO DE PRÁTICAS DE PRIVACIDADE

ESTE AVISO DESCREVE COMO AS INFORMAÇÕES MÉDICAS SOBRE VOCÊ PODEM SER USADAS E DIVULGADAS E COMO VOCÊ PODE TER ACESSO A ESTE INFORMAÇÃO. POR FAVOR, LEIA CUIDADOSAMENTE. NÓS SOMOS EXIGIDOS PELA LEI FEDERAL PARA FORNECER A VOCÊ COM ESTE AVISO.

O Diretor de Privacidade pode ser contatado por meio do Blackstone Valley Community Health Care, Inc.

Este Aviso descreve como podemos usar e divulgar suas informações médicas protegidas para realizar operações de tratamento, pagamento ou assistência médica e para outros fins permitidos ou exigidos por lei. Também descreve seus direitos de acessar e controlar suas informações de saúde protegidas. "Informações de saúde protegidas" são informações sobre você, incluindo informações demográficas, que podem identificá-lo e que se relacionam com sua saúde física ou mental, no passado, presente ou futuro e serviços de saúde relacionados (referidos como "PHI").

Somos obrigados a cumprir os termos deste Aviso, que podemos mudar de tempos em tempos. Qualquer novo Aviso será efetivo para todas as PHIs que mantemos nesse momento. Forneceremos a você qualquer Aviso revisado mediante sua solicitação do nosso contato de privacidade.

### **I. Usos e divulgações de PHI sem seu consentimento para tratamento, pagamento e operações de assistência médica.**

A PHI pode ser usada e divulgada pelo seu médico, equipe do escritório e outras pessoas fora do nosso escritório que estejam envolvidas nos seus cuidados e tratamento para fins de fornecimento e pagamento de serviços de saúde para você. O PHI também pode ser usado e divulgado para apoiar as operações de cuidados de saúde. Podemos também compartilhar eletronicamente suas informações de prontuário eletronicamente com outros prestadores de serviços de saúde que tratam você. Esse tipo de compartilhamento é chamado de "Intercâmbio de Informações de Saúde". Se você não quiser participar do Intercâmbio de Informações de Saúde, ou quiser mais informações, informe a recepcionista que irá ajudá-lo. A seguir, exemplos dos tipos de usos e divulgações de PHI para esses fins.

**Tratamento:** Podemos divulgar PHI, conforme necessário, a outros profissionais a quem nos referimos ou em uma emergência médica, para que o profissional de tratamento tenha as informações necessárias para diagnosticar e tratar você.

**Pagamento:** Poderemos divulgar PHI, conforme necessário, para obter pagamento do seu plano de saúde (incluindo Medicare), para determinar a elegibilidade ou cobertura para benefícios de seguro e para realizar atividades de revisão de necessidade médica e de utilização, por exemplo, obtenção de aprovação para internação hospitalar.

**Operações de Assistência Médica:** Podemos divulgar PHI, conforme necessário, para certas atividades de negócios relacionadas à nossa prática. Essas atividades incluem, mas não estão limitadas a, garantia de qualidade, atividades, treinamento de estudantes de medicina que o consultam em nosso escritório e atividades de revisão de funcionários. Também podemos usar uma folha de inscrição no balcão de registro e ligar para você pelo nome na sala de espera quando for a hora de vê-lo. Podemos usar ou divulgar PHI, conforme necessário, para contatá-lo para lembrá-lo de sua consulta. Também podemos usar ou divulgar PHI, conforme necessário, para informá-lo sobre alternativas de tratamento ou outros benefícios e serviços relacionados à saúde que possam ser de seu interesse. Você pode entrar em contato com nosso contato de privacidade para solicitar, caso não queira que esses materiais sejam enviados a você. Também podemos compartilhar PHI com determinadas empresas que realizam várias atividades (por exemplo, faturamento, serviços de transcrição) para nossa prática. Nesses casos, teremos um contrato por escrito em vigor para proteger a privacidade da PHI.

## **2. Outros Usos Permitidos e Exigidos e Divulgações que Podem Ser Feitas sem o Seu Consentimento por Outras Razões**

Podemos usar ou divulgar PHI nas seguintes situações sem o seu consentimento, conforme exigido por e de acordo com a lei.

**Agências de Saúde Pública e Supervisão:** Podemos divulgar PHI para o Departamento de Saúde "DOH" de Rhode Island e outras autoridades de saúde pública com a finalidade de controlar a doença. Podemos divulgar PHI a qualquer autoridade autorizada por lei para receber denúncias de abuso ou negligência contra crianças. Além disso, podemos divulgar a PHI a tal autoridade se acreditarmos que você tenha sido vítima de abuso, negligência ou violência doméstica.

Também podemos usar ou divulgar PHI para uma entidade pública ou privada devidamente autorizada para ajudar nos esforços de ajuda a desastres. Podemos divulgar PHI a uma agência de supervisão de saúde, por exemplo, a Diretoria de Licenciamento e Disciplina Médica de Rhode Island e DOH para atividades autorizadas por lei, tais como licenciamento de profissionais de saúde, investigação e inspeções.

**Doenças Transmissíveis:** Podemos revelar a PHI a uma pessoa que possa ter sido exposta por você a uma doença transmissível.

**Administração de Alimentos e Medicamentos "FDA":** Podemos divulgar PHI à FDA para relatar reações adversas a medicamentos, defeitos de produtos e outras informações, exigidas e sujeitas à jurisdição da FDA.

**Processos Judiciais:** Podemos divulgar PHI no curso de qualquer processo legal, em resposta a uma ordem judicial ou, em certos casos, em resposta a uma intimação, desde que você tenha sido devidamente notificado ou tentativas de notificá-lo foram feitas de acordo com lei.

**Aplicação da Lei:** Também podemos divulgar as PHI às autoridades responsáveis pela aplicação da lei, desde que todos os requisitos legais aplicáveis sejam cumpridos.

**Examinador Médico:** Podemos divulgar PHI a um médico legista, por exemplo, para fins de identificação ou determinar a causa da morte. Podemos divulgar PHI, se acreditarmos que o uso ou divulgação é necessário para prevenir ou diminuir uma ameaça séria e iminente à saúde ou segurança de uma pessoa ou do público.

**Compensação dos trabalhadores:** Podemos divulgar as PHI para cumprir com a compensação dos trabalhadores. leis e outros programas semelhantes.

**Usos e Divulgações Necessários:** Nos termos da lei, devemos fazer divulgações a você e ao Secretário do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos ("Secretário") para investigar ou determinar nossa conformidade com a privacidade federal.

**Períodos de emergência:** Podemos usar ou divulgar sua PHI em uma situação de tratamento de emergência e estar limitado a apenas as informações necessárias. Se isso acontecer, o BVCHC tentará obter seu consentimento assim que for razoavelmente praticável após a entrega do tratamento. Também podemos divulgar PHI limitado a uma entidade pública ou privada que esteja autorizada a ajudar nos esforços de socorro e desastres para que a entidade localize um membro da família ou outras pessoas que possam estar envolvidas em algum aspecto de cuidar de você.

**Notificação Obrigatória:** A Lei Estadual determina a notificação quando há: • Suspeita de abuso infantil e / ou negligência a indivíduos apropriados. (CANTS-Child Abuse & Trauma Tracking System

DCYF- Departamento de Crianças, Jovens e Famílias) • Suspeita de idosos que abusam e / ou negligenciam indivíduos apropriados. (DEA- Departamento de Assuntos do Idoso)

**Participação - Troca de Informação em Saúde:** Todos os nossos pacientes estão registados no MIRTH HIE. MIRTH é um repositório central de dados que coleta, organiza e agrega dados clínicos e de declarações de várias fontes incorporadas em nosso EHR. Uma HIE é uma rede eletrônica segura que permite que seu provedor em Blackstone Valley e outros ("Fornecedores participantes") troquem informações de saúde em seus registros médicos por meio de computadores seguros. Acreditamos que a troca de informações sobre saúde melhora muito a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde que você recebe. Atualmente não há dados sendo trocados. Eventualmente, a esperança é trocar com outros "provedores participantes". Um indivíduo pode optar por não participar da troca, preenchendo um formulário de desativação.

**3. Seus Direitos :** Esta Seção do Aviso descreve seus direitos com relação às PHI e uma breve descrição de como você pode exercer esses direitos. Por favor, entre em contato com nosso contato de privacidade com qualquer dúvida ou para reivindicar qualquer um dos seus direitos.

a. Geralmente, você tem o direito de inspecionar e copiar o PHI, desde que o mantenhemos. Há algumas exceções, no entanto, como copiar anotações de psicoterapia, qualquer informação compilada em antecipação a um processo judicial ou outro processo ou como leis que proíbem especificamente seu acesso a PHI. Dependendo das circunstâncias, a decisão de negar o acesso pode ser passível de revisão.

b. Você tem o direito de solicitar certas restrições sobre certos usos e divulgações de PHI. Você pode nos pedir para não usar ou divulgar porções de PHI para fins de tratamento, pagamento ou operações de assistência médica. Você também pode solicitar que partes da PHI não sejam divulgadas a familiares ou amigos que possam estar envolvidos em seus cuidados (mediante seu consentimento ou de outra forma autorizada) ou para notificá-los sobre sua condição médica. Sua solicitação deve indicar a restrição específica solicitada e a quem você deseja que a restrição seja aplicada. Não somos obrigados a concordar com uma restrição que você possa solicitar. Se acreditarmos que é de seu interesse permitir o uso e a divulgação de PHI, a PHI não será restrita. Se

concordarmos com a restrição solicitada, não usaremos ou divulgaremos as PHI em violação dessa restrição, a menos que seja necessário fornecer tratamento de emergência.

**c. Você tem o direito de solicitar receber comunicações confidenciais de nossa parte por meios alternativos ou em um local alternativo.** Nós atenderemos todas as solicitações razoáveis e não solicitaremos uma explicação sua sobre a base do pedido.

**d. Dependendo das circunstâncias, você pode ter o direito de alterar o PHI.** Em certos casos; podemos negar seu pedido porque acreditamos que o PHI é preciso e completo. Se negarmos o seu pedido de alteração, você tem o direito de apresentar uma declaração de desacordo conosco, que consideraremos. Podemos preparar uma réplica à sua declaração e fornecer-lhe uma cópia de tal refutação.

**e.** Você tem o direito de receber uma contabilidade de certas divulgações que fizemos, se houver, da PHI. Este direito aplica-se a divulgações para outros fins que não o tratamento, pagamento ou operações de assistência médica e a quaisquer divulgações que você possa ter autorizado. Isso exclui divulgações anteriores a 14 de abril de 2003 e divulgações que possamos ter feito a você, a familiares ou amigos envolvidos em seu atendimento. O direito de receber essa contabilidade está sujeito a certas exceções, restrições e limitações.

**f. Você tem o direito de obter uma cópia impressa deste Aviso, a nosso pedido, mesmo que você tenha concordado em aceitar este Aviso eletronicamente.**

**4. Usos e divulgações de PHI com base na sua autorização por escrito** Outros usos e divulgações de PHI serão feitos somente com sua autorização por escrito. Você pode revogar esta autorização a qualquer momento, por escrito, exceto na medida em que tenhamos tomado uma ação com base no uso ou divulgação indicado na autorização, ou a divulgação seja permitida ou exigida por lei.

**5. Reclamações:** Você pode registrar uma reclamação conosco e / ou com a Secretária se você acreditar que seus direitos de privacidade foram violados por nós. Você pode registrar uma reclamação conosco, notificando nosso contato de privacidade da sua reclamação. Tenha certeza de que não iremos retaliar contra você, de forma alguma, por registrar uma queixa. Gostaríamos que você nos avisasse de qualquer uma de suas preocupações primeiro, para que possamos abordá-las.

Você pode entrar em contato com o Departamento de Privacidade da Blackstone Valley Community Health Care, Inc. (401) 312-5229 para obter mais informações sobre o processo de reclamação. foi publicado e passa a vigorar em 17 de janeiro de 2013 Atualizado em 02/2018

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento Paciente: \_\_\_\_\_

MR #: \_\_\_\_\_

Confirmação de recebimento de aviso de práticas de privacidade

Confirmo que recebi o aviso de 20 de fevereiro de 2018, na data abaixo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente ou Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Nome impresso

\_\_\_\_\_  
Data: