

ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

אישור קבלה

HIPAA של הודעה על נהלי השמירה על פרטיות לפי תקן

בחתימתי מטה, אני מאשר שקיבלתי עותק של הודעת נהלי הפרטיות (בשפה המועדפת עליי, אם זמינה), וכי הוסבר לי כיצד מידע בריאותי הנוגע אליי עשוי לשמש ולהיחשף על-ידי Maimonides Midwood Community Hospital, וכן כיצד אוכל לגשת למידע זה ולבקר עליו. אני גם מאשר ומבין כי אני רשאי לבקש עותקים של הסברים כתובים נפרדים לגבי ההגנות המיוחדות על פרטיות החלות על מידע הקשור ל-HIV ועל מידע בתחום בריאות הנפש.

Signature of Patient or Personal Representative

חתימת המטופל/ת או נציגו/ה האישי

_____/_____/_____

Date

תאריך

Print Name of Patient or Personal Representative

שם המטופל/ת או נציגו/ה האישי בכתב ברור

Description of Personal Representative's Authority

תיאור סמכות הנציג האישי

Patient or Personal Representative given a copy in Hebrew

(For internal use or where signature above cannot be obtained)

Except in emergency treatment circumstances, the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) requires that we make a good faith effort to obtain written acknowledgment of the patient's receipt of the Notice of Privacy Practices on the first date after April 14, 2003 we provide treatment, products or services to the patient (including at the time of admission, at a first visit to a hospital department, or any other first service contact with the patient). We must make a good faith effort to obtain written acknowledgment when reasonably practicable following an emergency treatment situation. If such acknowledgment cannot be obtained, we must document our good faith efforts to obtain the acknowledgment and why it was not obtained.

Describe good faith efforts to obtain written acknowledgment (include your name and the date):

1. Patient unable to sign due to medical condition(s) Patient refused to sign

Name: _____

Date: _____

2. Patient unable to sign due to medical condition(s) Patient refused to sign

Name: _____

Date: _____

3. Patient unable to sign due to medical condition(s) Patient refused to sign

Name: _____

Date: _____

THE ORIGINAL OF THIS FORM MUST BE PLACED IN THE MEDICAL RECORD Revised 09/09

ליום: 16 בפברואר, 2026

הודעה לגבי נהלי פרטיות (HIPAA)

הודעה זו מתארת כיצד עשויים להשתמש במידע רפואי לגביך או לחשוף אותו, וכיצד תוכל לקבל גישה למידע. אנא קרא אותה בעיון.

אנו מחויבים על פי חוק להגן על פרטיות המידע הבריאותי שלך, ולספק לך עותק של הודעה זו. אם יש לך שאלות לגבי הודעה זו או שברצונך לקבל מידע נוסף, אנא צור קשר עם נציג פקיד הפרטיות בטלפון 718-692-8757

מי ינהג לפי הודעה זו?

הודעה זו מתארת את נהלי פרטיות המידע הבריאותי של Maimonides Midwood Community Hospital. הצוות הרפואי שלך, וספקי שירותי בריאות המספקים שירותי בריאות בשיתוף עם בית החולים שלנו. נהלי הפרטיות המתוארים בהודעה זו חלים על האנשים הבאים: (1) כל איש מקצוע רפואי המטפל בך באחד הסניפים שלנו; (2) כל עובד, סטודנט, מתלמד או מתנדב באחד הסניפים שלנו (3) כל עמית עסקי.

איזה מידע בריאותי מוגן?

אנו מחויבים להגן על פרטיות המידע שאנו אוספים לגביך כשאנו מספקים שירותי בריאות. להלן דוגמאות למידע בריאותי מוגן:

- מידע המעיד על כך שהנך מטופל ב- Maimonides Midwood Community Hospital או מקבל טיפול או שירותי בריאות אחרים מבית החולים שלנו;
- מידע לגבי מצבך הבריאותי (כגון מחלה שיש לך);
- מידע לגבי מוצרי או שירותי בריאות שקיבלת או שאתה עשוי לקבל בעתיד (כגון ניתוח); או
- מידע לגבי הטבות שירותי בריאות לפי ביטוח הבריאות שלך (כגון הימצאות מרשם מסוים בסל התרופות);

כשהוא מופיע יחד עם:

- מידע דמוגרפי (כגון שם, כתובתך, או המעמד הביטוחי שלך);
- מספרים ייחודיים העשויים לזהות אותך (כגון מספר הביטוח הלאומי שלך, מספר הטלפון שלך, או מספר רישיון הנהיגה שלך); ו-
- סוגים אחרים של מידע העלולים לחשוף את זהותך.

כלל מיוחד לרשומות הפרעת שימוש בחומרים (SUBSTANCE USE DISORDER, SUD): הגנות נוספות ניתנות למידע על הפרעת שימוש בחומרים (SUD) תחת 42 קוד התקנות הפדרליות (CFR) חלק 2.

כיצד אנו עשויים להשתמש במידע הבריאותי שלך ולהסגיר אותו ללא אישורך בכתב

אנו מסבירים להלן כיצד אנו עשויים להשתמש במידע הבריאותי שלך ולהסגיר אותו ללא אישורך בכתב.

1. **טיפול.** אנו עשויים לחלוק את המידע הבריאותי שלך עם רופאים, אחיות, טכנאים ושאר ספקי שירותי בריאות ב-Maimonides Midwood Community Hospital או במקומות המסונפים לו שמשתתפים בטיפול בך, וייתכן שהם ישתמשו במידע הזה בכדי לאבחן או לטפל בך. רופא בבית החולים שלנו עשוי לחלוק את המידע שלך עם רופא אחר בתוך בית החולים, או עם רופא בבית חולים אחר, בכדי להחליט כיצד לאבחן או לטפל בך. כמו כן, הרופא שלך עשוי לחלוק את המידע הבריאותי שלך עם רופא אחר אליו הופנית לטיפול נוסף. המחלקות השונות והצוות הרפואי שלנו עשויים לחלוק את המידע הבריאותי שלך בכדי לספק ולתאם שירותים כגון מרשמים, בדיקות מעבדה וצילומי רנטגן. לצוות, לסטודנטים, למתנדבים ולמתלמדים שלנו תהיה גישה למידע הבריאותי שלך למטרות הכשרה וטיפול, כשהם משתתפים בהכשרות לימודיות, סטז' ותוכניות התמחות. כמו כן, אנו עשויים לחשוף את המידע לגביך לאנשים מחוץ ל-MMCH שעשויים להיות קשורים לטיפול הרפואי שלך לאחר ששחררת מהמרכז הרפואי, כגון רופאים שיספקו המשך טיפול, ארגוני פיזיותרפיה, ספקי ציוד רפואי, סוכנויות טיפול ביתי, בתי אבות ומתקנים סיעודיים.

הפרעת שימוש בחומרים (SUD) רשומות; אם המידע שלך מוגן על ידי 42 קוד התקנות הפדרליות (CFR) חלק 2, לא נחשוף אותו לטיפול ללא הסכמתך הכתובה, אלא אם כן הדבר מותר בחלק 2 (למשל, מצבי חירום רפואיים, צווים משפטיים ספציפיים, דיווח על פשעים בשטח התוכנית או נגד צוות התוכנית).

2. **תשלום.** אנו עשויים להשתמש במידע הבריאותי שלך או לחלוק אותו עם אחרים בכדי להשיג תשלום עבור שירותי הבריאות שלך. למשל, אנו עשויים לחלוק מידע לגביך עם קופת החולים שלך בכדי לקבל החזר הוצאות לאחר שטיפלנו בך, או בכדי להחליט אם קופת החולים תכסה את הטיפול שלך. אנו עשויים לחלוק מידע שלך עם ספקים ומשלמים אחרים לשם פעילויות התשלום שלהם, כגון חברת אמבולנסים.

חריג הפרעת שימוש בחומרים (SUD): אנו זקוקים להסכמתך בכתב לחשוף מידע על טיפול הפרעת שימוש בחומרים (SUD) לתשלום אלא אם כן חל חריג רגולטורי.

3. **פעילויות שוטפות.** אנו עשויים להשתמש במידע הבריאותי שלך או לחלוק אותו עם אחרים בכדי לנהל את הפעילות השוטפת שלנו, שכוללת אדמיניסטרציה פנימית, תכנון, ושאר פעילויות שמשפרות את האיכות והחסכוניות של הטיפול שאנו מספקים לך, כגון פעילויות הקשורות בשיפור ביצועים, ביקורת ניצול יעיל, ביקורת ספרים פנימית, הסמכה, התעדה, רישוי, חינוך והכשרה. למשל, אנו עשויים להשתמש במידע הבריאותי שלך בכדי לערוך סקרי שביעות רצון בקרב המטופלים, לאמוד את ביצועי הצוות שלנו בטיפול בך, או ללמד את הצוות שלנו כיצד לשפר את הטיפול שהם מספקים לך. אנו עשויים לחשוף את המידע הבריאותי שלך לנציגי המטופלים שלנו ולאנשי צוות אחרים, בכדי לטפל בכל תלונה שיש לך ולהבטיח ששהותך אצלנו תהיה נוחה. לבסוף, אנו עשויים לחלוק את המידע הבריאותי שלך עם ספקי שירותים רפואיים ומשלמים אחרים לשם פעילויות שוטפות מסוימות שלהם אם המידע קשור לקשר שיש או היה לך עם הספק או עם המשלם, ואם הספק או המשלם נדרש על פי החוק הפדראלי להגן על פרטיות המידע הבריאותי שלך.

חריג הפרעת שימוש בחומרים (SUD): פעולות הכוללות מידע על הפרעת שימוש בחומרים (SUD) עדיין דורשות בדרך כלל את הסכמתך בכתב.

הערה: שימושים וחשיפות של מידע על טיפול הפרעת שימוש בחומרים (SUD) במצב שלהלן עשויים לדרוש את הסכמתך בכתב לפי סעיף 42 קוד התקנות הפדרליות (CFR) חלק 2.

1. **תזכורות לגבי ביקורים, חלופות טיפוליות, הטבות ושירותים.** במהלך מתן הטיפול לך, אנו עשויים להשתמש במידע הבריאותי שלך בכדי ליצור עמך קשר עם תזכורת לכך שיש לך תור לטיפול או לשירותים. כמו כן, אנו עשויים להשתמש במידע הבריאותי שלך בכדי להמליץ לך על חלופות טיפוליות אפשריות או על הטבות ושירותים בריאותיים שעשויים לעניין אותך.

2. **גיוס תרומות.** גיוס תרומות. בכדי לתמוך בפעילויות השוטפות שלנו, אנו עשויים להשתמש במידע דמוגרפי לגביך, כולל מידע לגבי גילך ומינך, מקום המגורים או העבודה שלך, וכן התאריכים בהם קיבלת טיפול, מחלקת

השירות, הרופא המטפל שלך, מידע תוצאתי, ומצב הביטוח הרפואי שלך, בכדי ליצור עמך קשר לגיוס תרומות שייסיעו לפעילותנו. אנו עשויים גם לחלוק את המידע הזה עם ארגון צדקה שייצור עמך קשר בכדי לגייס תרומות עבורנו. אם אינך מעוניין שייצרו עמך קשר למטרת גיוס כספים, תוכל ליצור קשר עם משרד הפרטיות בטלפון 718-692-8757.

3. **עמיתים עסקיים.** אנו עשויים לחשוף את המידע הבריאותי שלך לקבלנים, סוכנים ועמיתים עסקיים אחרים הזקוקים למידע בכדי לסייע לנו לספק טיפול או להשיג תשלום או לנהל את הפעילות השוטפת. למשל, אנו עשויים לחלוק את המידע הבריאותי שלך עם חברת גבייה שמסייעת לנו להשיג תשלומים מחברת הביטוח שלך. אנו עשויים לחלוק את המידע הבריאותי שלך עם תעתיקנים רפואיים ושירותי צילום המסייעים לנו בהעתקת המידע הבריאותי שלך. אם אנו חושפים את המידע הבריאותי שלך לעמית עסקי, יהיה לנו חוזה כתוב הדורש מהעמית העסקי להגן על פרטיות המידע הבריאותי שלך.

4. **רשימת מטופלים.** אם לא תתנגד לכך, אנו נרשום את השם שלך, מיקומך במתקן שלנו, מצבך הכללי (למשל סביר, יציב, קשה, וכו') והשיוך הדתי שלך ברשימת המטופלים בעת שהותך בבית החולים או במתקנים האחרים שלנו. המידע מהרשימה, למעט הדת שלך, עשוי להינתן לאנשים המבקשים אותך לפי שמך. השיוך הדתי שלך יינתן לאיש דת, כגון כומר או רב, אפילו אם הוא לא מבקש אותך לפי השם.

5. **ארגוני סיוע לנפגעי אסון.** אנו עשויים לחשוף את המידע הבריאותי שלך לארגוני סיוע לנפגעי אסון כגון הצלב האדום בכדי לסייע למשפחתך או לחבריך לאתר אותך או ללמוד לגבי מצבך הכללי לאחר אסון.

6. **משפחה וחברים המעורבים בטיפולך.** אם לא תתנגד לכך, אנו עשויים לחלוק את המידע הבריאותי שלך עם בן משפחה, קרוב, או חבר אישי קרוב המעורב בטיפולך או בתשלום עבור הטיפול בך. אנו ראשים להניח שאתה מסכים לחשיפת המידע הבריאותי שלך לבן/בת הזוג שלך כשאתה מכניס את בן/בת הזוג עמך לחדר הבדיקה או ל-MMCH בעת טיפול או בעת דיון בטיפול. אנו עשויים גם להודיע לבן משפחה, לנציג אישי או לאדם אחר האחראי לטיפול שלך לגבי השלך ומצבך הכללי כאן בבית החולים, או לגבי מותך חו"ח. במקרים מסוימים, אנו נצטרך לחלוק את המידע שלך עם ארגון סיוע לנפגעי אסון שייסיע לנו להודיע לאנשים האלו.

7. צורך ציבורי

אנו עשויים להשתמש במידע הבריאותי שלך, ולחלוק אותו עם אחרים, בכדי לציית לחוק או למלא צרכים ציבוריים חשובים, כמתואר להלן.

כנדרש בחוק. אנו עשויים לחשוף את המידע הבריאותי שלך אם החוק מחייב אותנו לעשות זאת. אנו גם נודיע לך לגבי השימושים והחשיפות האלו אם החוב מחייב הודעה.

פעילויות בריאות ציבוריות. אנו עשויים לחשוף את המידע הבריאותי שלך לנציגי בריאות ציבור מוסמכים (או סוכנות של ממשלה זרה המשתפת פעולה עם אותם נציגים) בכדי שיוכלו לבצע את פעילויות בריאות הציבור שלהם. למשל, אנו עשויים לחלוק את המידע הבריאותי שלך עם עובדי ממשלה שאחראים על בקרה על מחלות, פציעות או נכות.

קורבנות התעללות, הזנחה או אלימות במשפחה. אנו עשויים לספק את המידע הבריאותי שלך לרשות בריאות ציבורית המוסמכת לקבל דו"חות על התעללות, הזנחה או אלימות במשפחה. למשל, אנו עשויים לשלוח דיווח עם המידע שלך לעובדי ממשלה אם יש לנו יסוד סביר להניח שנפגעת כתוצאה מהתעללות, ההזנחה, או מאלימות במשפחה. אנו נעשה כל מאמץ בכדי להשיג ממך אישור לפני שנשחרר את המידע, אך במקרים מסוימים אנו חייבים או מוסמכים לפעול ללא אישורכם.

פעילויות פיקוח בריאות. אנו עשויים לחשוף את המידע שלך לסוכנויות ממשלתיות המוסמכות לערוך ביקורות, חקירות, בדיקות ורישוי של מתקנים. הסוכנויות הממשלתיות האלה מפקחות על פעילות מערכת הבריאות, על תוכניות הטבות ממשלתיות כגון Medicare ו-Medicaid, ועל מילוי הדרישות של תוכניות רגולציה ממשלתיות וחוקי זכויות אזרח.

ניטור, תיקון והחזרת מוצרים. אנו עשויים לחלוק את המידע הבריאותי שלך עם אדם או חברה שנמצאים תחת פיקוח מנהל המזון והתרופות (FDA) לצורך דיווח על בעיות עם מוצרים.

תביעות ומחלוקות משפטיות. אנו עשויים לחלוק את המידע הבריאותי שלך אם בית משפט או בית דין מנהלי המטפל בתביעה משפטית או במחלוקת אחרת הורה לנו לעשות זאת.

פעילויות ביטחון לאומי ומודיעין או שירותי אבטחה. אנו עשויים לחשוף את המידע הבריאותי שלך לנציגים פדראליים מוסמכים העוסקים בפעילות ביטחון לאומי או מודיעין או המספקים שירותי אבטחה לנשיא או לבעלי תפקידים חשובים אחרים.

צבא ויוצאי צבא. אם אתה משרת בכוחות הביטחון, אנו עשויים לחשוף מידע בריאותי לגביך לרשויות הצבא הרלוונטיות לשם פעילויות שלדעתם נחוצות לביצוע המשימה הצבאית שלהם. אנו עשויים גם לחשוף מידע בריאותי לגבי אנשי צבא זר לרשות הצבאית הזרה הרלוונטית.

אסירים ומוסדות ענישה. אם אתה אסיר או שנעצרת ע"י נציג אכיפת חוק, אנו עשויים לחשוף את המידע הבריאותי שלך לנציגי בית הסוהר או אכיפת החוק אם הדבר נחוץ בכדי לספק לך שירותי בריאות, או בכדי לשמור על הבטיחות, הביטחון או הסדר הטוב במקום בו אתה מוחזק. זה כולל שיתוף מידע הנחוץ לשמירת הבריאות והבטיחות של אסירים אחרים או של אנשים העוסקים בפיקוח או הובלה של אסירים.

פיצויים. אנו עשויים לחשוף את המידע הבריאותי שלך לצורך פיצויים לעובד או תוכניות דומות המספקות תגמולים עבור פציעות עבודה.

חוקרי מקרי מוות, פתולוגים וקברנים. אנו עשויים לחשוף את המידע הבריאותי שלך לחוקר מקרי מוות או פתולוג. הדבר עשוי להידרש, למשל, בכדי לקבוע את סיבת המוות. כמו כן, אנו עשויים לספק את המידע הזה לקברנים לפי הצורך בכדי לבצע את עבודתם.

תרומת איברים ורקמות. אנו עשויים לחשוף את המידע הבריאותי שלך לארגונים הרוכשים או מאחסנים איברים, עיניים או רקמות אחרות.

מחקר. אנו עשויים להשתמש במידע שלך או לחשוף אותו ללא אישור בכתב ממך אם נשיג אישור דרך תהליך מיוחד בכדי לוודא שמחקרים ללא אישור בכתב ממך מהווים סיכון מינימאלי לפרטיותך. עם זאת, באף מקרה לא נאפשר לחוקרים להשתמש בשמך או בזהותך בפומבי. כמו כן, אנו עשויים לחשוף את המידע הבריאותי שלך ללא אישור בכתב ממך לאנשים שמכינים פרויקט מחקר עתידי, בתנאי שכל מידע שמזהה אותך לא ייצא מהמתקן שלנו. אנו עשויים לחלוק את המידע הבריאותי שלך עם אנשים שעורכים מחקרים בהם הם משתמשים במידע של אנשים שנפטרו, בתנאי שהם מסכימים לא להוציא מהמתקן כל מידע שמזהה אותך.

בכדי למנוע איום רציני או מייד לבריאות או בטיחות. אנו עשויים להשתמש במידע הבריאותי שלך או לחלוק אותו עם אחרים כשיש צורך למנוע איום רציני או מייד לבריאות או לבריאות שלך, או לבריאות או הבטיחות של אדם אחר או הציבור. במקרים כאלו, נשתף את המידע שלך רק עם אנשים שיכולים לעזור במניעת האיום. אנו עשויים גם לחשוף את המידע הבריאותי שלך לאנשי אכיפת החוק אם אתה אומר לנו שהשתתפת בפשע אליים שהיה עשוי לגרום לפגיעה גופנית רצינית לאדם אחר (אלא אם ההודאה ניתנה במהלך שיחה עם יועץ), או אם נגיע למסקנה שברחת ממשמורת חוקית (כגון בית סוהר או מוסד לבריאות הנפש).

אכיפת החוק. אנו עשויים לחשוף את המידע הבריאותי שלך לאנשי אכיפת החוק עקב אחת הסיבות להלן:

- בכדי לציית לצו בית משפט או לחוקים החלים עלינו;
- בכדי לסייע לאנשי אכיפת החוק בזיהוי או איתור חשוד, נמלט, עד, או נעדר;

- אם נפגעת מפשע ואנו מגיעים למסקנה ש: (1) אין ביכולתנו להשיג את הסכמתך עקב מצב חירום או אי-יכולתך הגופנית; (2) אנשי אכיפת החוק זקוקים למידע הזה באופן מיידי בכדי לבצע את תפקידם באכיפת החוק; ו - (3) לפי שיקול דעתנו המקצועי חשיפת המידע לאנשי אכיפת החוק היא לטובתך;
- אם אנו חושדים שהמוות שלך נגרמה ע"י התנהגות פלילית;
- אם יש צורך לדווח על פשע שארע בשטחנו; או
- אם יש צורך לדווח על פשע שהתגלה בעת מצב חירום רפואי מחוץ למתקן (למשל, ע"י טכנאי חירום רפואיים במקום הפשע).

חשיפות מידע מקריות.

למרות שננקוט בצעדים סבירים בכדי להגן על פרטיות המידע הבריאותי שלך, חשיפות מסוימות של המידע הבריאותי שלך עשויות להתרחש תוך כדי או כתוצאה בלתי נמנעת משימושים מותרים או חשיפות מותרות של המידע הבריאותי שלך. למשל, תוך כדי טיפול בך, מטופלים אחרים באזור הטיפול שלך עשויים לראות או לשמוע שיחות העוסקות במידע הבריאותי שלך.

מתי נדרש האישור שלך?

שימושים או חשיפות של המידע הבריאותי שלך למטרות או פעילויות אחרות שלא הוזכרו לעיל ייעשו אך ורק עם אישור בכתב ממך. אם אתה מספק לנו אישור להשתמש או לחשוף מידע בריאותי לגביך, תוכל לחזור בך מהאישור הזה בכתב בכל זמן נתון. אם אתה חוזר בך מהאישור, כבר לא נשתמש במידע שלך או נחשוף אותו מהסיבות שדרשו את האישור בכתב. עם זאת, אין באפשרותנו להחזיר מידע שכבר נחשף על סמך האישור שלך.

רוב השימושים והחשיפות של מידע מפסיכותרפיה, שימושים וחשיפות של מידע בריאותי למטרות שיווקיות, וחשיפות המהוות מכירת מידע בריאותי יבוצעו רק עם אישור בכתב ממך.

הגנות פרטיות מיוחדות לרשומות הפרעת שימוש בחומרים (SUD): מידע על טיפול הפרעת שימוש בחומרים (SUD) כולל הגנות פרטיות נוספות לפי קוד התקנות הפדרליות (CFR) חלק 2, שמגבילות את האופן שבו חברת Maimonides Health משתמשת או חושפת את מידע הטיפול SUD שלך. אלא אם תחתום על טופס הסכמה, חברת הרמב"ם רשאית לחשוף את פרטי הטיפול שלך הפרעת שימוש בחומרים (SUD) רק בנסיבות מוגבלות כפי שמותר על ידי קוד התקנות הפדרליות (CFR) חלק 2. ייתכן ש-Maimonides Health מורשית להשתמש או לחשוף את רשומות הפרעת שימוש בחומרים (SUD) שלך ללא הסכמתך בכתב במקרה של חירום רפואי או נסיבות מיוחדות, כפי שמותר לפי קוד התקנות הפדרליות (CFR) חלק 2.

זכויותיך לקבלת גישה ושליטה במידע הבריאותי שלך

יש לך את הזכויות כדלהלן לגבי המידע הבריאותי שאנו מחזיקים לגביך:

1. זכות לעיין ברישומים ולצלם אותם

זכותך לעיין בכל המידע הבריאותי שלך שעשוי לשמש לקבלת החלטות לגביך ולגבי הטיפול שלך, וכן לצלם אותו, כל עוד אנו שומרים על המידע הזה ברשומות שלנו. זה כולל מסמכים רפואיים ומסמכי תשלום. בכדי לעיין במידע הבריאותי שלך או לקבל העתק ממנו, אנא הגש את בקשתך בכתב למחלקת שירותי המידע הבריאותי. אם אתה מבקש העתק של המידע, אנו עשויים לחייב אותך בעלות הצילומים, המשלוח, או המוצרים האחרים בהם אנו משתמשים בכדי למלא את בקשתך. העלות הרגילה היא \$0.75 לעמוד, ולרוב יש לשלם אותה לפני או בעת מתן הצילומים לך.

בנסיבות מסוימות אנו עשויים לדחות את בקשתך לעיין במידע או לקבל עותק ממנו. במקרה כזה, אנו נספק הודעה בכתב המסבירה את הסיבות לדחיית הבקשה, ותיאור מלא של זכויותיך לערער על ההחלטה ואופן מימושן. ההודעה גם תכלול מידע כיצד להגיש לנו או למשרד הבריאות תלונה לגבי הנושאים הללו. אם יש לנו סיבה לדחות רק חלק מבקשתך, אנו נעניק גישה לחלקים הנותרים.

2. זכות לתקן מסמכים

אם אתה מאמין שהמידע הבריאותי שיש לנו לגביך שגוי או לוקה בחסר, תוכל לבקש מאיתנו לתקן את המידע. זכותך לבקש תיקון כל עוד המידע נשמר ברשומות שלנו. בכדי לבקש תיקון, יש לכתוב למחלקת שירותי בריאות. כלול בבקשתך את הסיבות לפיהן לדעתך עלינו לבצע את התיקון. בדרך כלל נענה לבקשתך תוך 60 יום. אם אנו זקוקים לזמן נוסף בכדי להשיב, נודיע לך בכתב תוך 60 יום ונסביר את הסיבה לדחייה ומתי תוכל לצפות לתשובה סופית לבקשה.

אם אנו דוחים חלק מהבקשה או את כולה, נספק הודעה בכתב שמסבירה את הסיבות שלנו להחלטה. תינתן לך הזכות להכניס לרשומות שלך מידע מסוים הקשור לתיקון המבוקש. למשל, אם אינך מסכים עם ההחלטה שלנו, תינתן לך הזדמנות להגיש תצהיר המסביר את עמדתך, ונכניס אותו לרשומות שלנו. כמו כן, נספק מידע כיצד להגיש תלונה לנו או למשרד הבריאות. הפרוצדורות האלו יוסברו ביתר פירוט בכל הודעת דחייה כתובה שנישלח לך.

3. זכות לקבל פירוט על חשיפות מידע

זכותך לבקש דו"ח חשיפות (כמוגדר להלן), שמפרט אנשים וארגונים שנחשפו למידע הבריאותי שלך. אם הוגשה בקשה לקבל דו"ח חשיפות ל-MMCH, תשובתנו לרוב תוגבל לחשיפות שנעשו ע"י MMCH ולא תכלול חשיפות שנעשו ע"י גופים או אנשים אחרים שמופיעים בתחילת הודעה זו, כגון חשיפות של רופאים פרטיים מהמרפאות שלהם.

דו"ח חשיפות גם לא יכלול מידע לגבי החשיפות הבאות:

- חשיפות שביצענו לך או לנציגך האישי;
- חשיפות שביצענו לאחר אישורך בכתב;
- חשיפות שביצענו לשם טיפול, תשלום או פעילות שוטפת;
- חשיפות שבוצעו מרשימת המטופלים;
- חשיפות שבוצעו לחברים ובני משפחה המעורבים בטיפול בך או בתשלום עבור הטיפול;
- חשיפות נלוות לשימושים מותרים וחשיפות מותרות של המידע הבריאותי שלך (למשל, כשמטופל אחר שחולף בסביבה שמע מידע במקרה);
- חשיפות למטרת מחקר, בריאות הציבור או הפעילות השוטפת שלנו, של חלקים מוגבלים מהמידע הבריאותי שלך שאינם מזהים אותך;
- חשיפות שבוצעו לפקידים פדראליים לשם פעילות מודיעין או ביטחון לאומי;
- חשיפות למוסדות ענישה או אנשי אכיפת החוק לגבי אסירים.

בכדי לבקש דו"ח חשיפות, יש לכתוב למחלקת שירותי מידע בריאותי. על בקשתך לפרט תקופת זמן בשש השנים האחרונות עבור החשיפות שברצונך לכלול. זכותך לקבל ללא תשלום דו"ח אחד בכל תקופה בת 12 חודשים. עם זאת, אנו עשויים לחייב אותך עבור העלות של אספקת דו"חות נוספים באותה תקופה בת 12 חודשים. תמיד נידע אותך לגבי העלות הכרוכה בכדי שתוכל לבחור לבטל או לשנות את הבקשה לפני שתחויב בעלויות.

לרוב, נשיב על בקשתך לדו"ח תוך 60 יום. אם נזדקק לזמן נוסף להכין את הדו"ח שביקשת, נודיע לך בכתב מה הסיבה לעיכוב ובאיזה תאריך תוכל לצפות לקבל את הדו"ח. במקרים חריגים, ייתכן שניאלץ לדחות את שליחת הדו"ח מבלי להודיע לך, אם נתבקשנו לכך ע"י אנשי אכיפת החוק או סוכנות ממשלתית.

4. זכות לבקש הגנת פרטיות מוגברת

זכותך לבקש שנגביל עוד יותר את הדרך בה אנו משתמשים במידע הבריאותי שלך וחושפים אותו בכדי לטפל במצבך, לגבות תשלום עבור אותו טיפול, או לנהל את הפעילות השוטפת שלנו. כמו כן, תוכל לבקש שנגביל את האופן בו אנו חושפים מידע לגביך למשפחה או לחברים המעורבים בטיפול בך. למשל, תוכל לבקש שלא נחשוף מידע לגבי ניתוח שעברת. בכדי לבקש הגבלות, יש לכתוב למחלקת שירותי מידע בריאותי. בבקשתך פרט: (1) איזה מידע ברצונך להגביל; (2) אם ברצונך להגביל את האופן בו אנו משתמשים במידע שלך, או חולקים אותו עם אחרים, או שניהם; ו (3) על מי ההגבלות חלות. נישלח לך תגובה בכתב. חוץ מהמקרים המפורטים להלן, אין אנו מחויבים להסכים לבקשתך להגבלה, ובמקרים מסוימים ההגבלה שאתה מבקש איננה מותרת על פי חוק. מוטל

עלינו להסכים לבקשה שלא נשתף מידע לגבי שירות עם תוכנית הביטוח שלך או שירותי הבריאות שלך אם אתה משלם עבור השירות במלואו מכיסך הפרטי. אם אנו מסכימים להגבלה, נהייה מחויבים להסכם שלנו, אלא אם המידע נדרש בכדי לספק לך טיפול חירום או בכדי לציית לחוק. לאחר שהסכמנו להגבלה, זכותך לחזור כך מההגבלה בכל זמן נתון. בנסיבות מסוימות, תהיה לנו גם זכות לבטל את ההגבלה כל עוד אנו מודיעים לך לפני שאנו עושים זאת; במקרים אחרים, נצטרך לקבל ממך אישור לפני שנבטל את ההגבלה.

5. זכות לבקש תקשורת חסויה

זכותך לבקש שנתקשר עמך לגבי העניינים הרפואיים שלך באופן יותר חסוי ע"י בקשה שנתקשר עמך באמצעים חלופיים או במקומות חלופיים. למשל, תוכל לבקש שניצור עמך קשר בבית ולא בעבודה. בכדי לבקש תקשורת חסויה יותר, יש לכתוב למחלקת קשרי מטופלים. לא נבקש ממך לפרט סיבה לבקשה, ונשתדל להיענות לכל בקשה סבירה. יש לפרט בבקשתך כיצד והיכן אתה מעוניין שניצור עמך קשר, וכיצד לנהל את התשלום עבור שירותי בריאות שלך אם אנו מתקשרים עמך באופן או במקום חלופי.

6. זכות לגישה אלקטרונית

זכותך לקבל גישה להעתיקים אלקטרוניים של המידע הבריאותי המבוקש שלך (במידה בה אנו מנהלים את המידע באופן אלקטרוני). כשאיננו יכולת להפיק את המידע שביקשת באופן האלקטרוני שביקשת, נספק לך את המידע בפורמט אלקטרוני חלופי קריא כפי שנסכם בינינו.

בהודעה זו אנו מזכירים לך, שאם אתה מבקש שהמידע שזמין בפורמט אלקטרוני יישלח אליך בדוא"ל, דוא"ל הנו אמצעי בלתי מאובטח לשליחת מידע, ויש סיכון מסוים בשליחת מידע בריאותי בדוא"ל. למידע שנישלח בדוא"ל יש סיכוי גדול יותר להגיע לידי צד שלישי לא-מאושר מאשר למידע שנישלח בערוצים מאובטחים יותר. אם אנו מסכימים לשלוח לך מידע בדוא"ל, אתה מקבל על עצמך את הסיכונים עליהם הודענו לך, ומסכים שאנו לא אחראים לגישה ללא אישור למידע הבריאותי כשהוא בדרך אליך לפי בקשתך, או בעת הגעתו אליך.

7. פריצה למידע בריאותי

אנו נודיע לך אם ארעה פריצה למידע הבריאותי הבלתי-מאובטח שלך.

מידע נוסף

כיצד אדם יכול לפעול בשמך.

זכותך לבחור נציג אישי שיפעל בשמך בכדי לשלוט בפרטיות המידע הבריאותי שלך. עם זאת, חשוב לציין כי בחירת נציג שיפעל למענך בכדי לשלוט בפרטיות המידע הבריאותי שלך לא נותנת לנציג זכות לקבל החלטות טיפוליות עבורך. הורים ואפוטרופוסים הם לרוב אלו שיש להם זכות לשלוט בפרטיות המידע הבריאותי של קטינים, אלא אם החוק מתיר לקטינים לייצג את עצמם.

הגנות מיוחדות למידע שקשור ל-HIV, לבריאות הנפש ולשימוש בסמים.

הגנות מידע מיוחדות חלות על מידע הקשור ל-HIV, ועל מידע מסוים לגבי בריאות הנפש או שימוש בסמים. חלקים מסוימים מהודעה זו לגבי נהלי פרטיות אינם חלים על סוגי מידע אלו. הסבר בכתב כיצד מידע זה יהיה מוגן מופיע בסוף הודעה זו.

פקיד פרטיות.

פקידת הפרטיות שלנו היא עו Sandra Maliszewski. אם יש לך שאלות לגבי הודעה זו או ברצונך לקבל מידע נוסף, יש ליצור קשר פקיד פרטיות 718-692-8757.

כיצד להשיג העתיקים של הודעה זו

זכותך לקבל העתק מודפס של הודעה זו. תוכל לבקש העתק מודפס בכל עת, אפילו אם כבר הסכמת לקבל את הודעה זו באופן אלקטרוני. בכדי לעשות זאת, מחלקת מידע בריאותי בטלפון 718-692-5395. כמו כן, תוכל להשיג העתק של או ע"י בקשת העתק בביקור הבא. אנו עשויים לשנות את נהלי הפרטיות שלנו מעת, www.nych.com המסמך באתר

לעת. במידה ונעשה זאת, נתקן את הודעה זו כך שיהיה לך סיכום מדויק של הנהלים שלנו. ההודעה המתוקנת תחול על וספקיה המסונפים, ואנו מחויבים מבחינה חוקית לציית לתנאיה. תוכל להשיג גם MMCH כל המידע שלך המוחזק על ידי העתק משלך של ההודעה המתוקנת באמצעות יצירת קשר עם מחלקת קשרי מטופלים בטלפון 718-692-5395, בכניסה לאתר שלנו, או בבקשה בביקור הבא. מועד התקיפות של ההודעה יופיע בפינה הימנית העליונה של העמוד הראשון.

כיצד להגיש תלונה

אם אתה סבור שזכויות הפרטיות שלך הופרו, תוכל להגיש תלונה לנו או למשרד הבריאות. בכדי להגיש תלונה אלינו, יש ליצור קשר פקיד פרטיות מטופלים בטלפון 718-692-8757. איש לא יתנכל לך או ינקוט בפעולות נגדך עקב הגשת תלונה.

פרטיות מידע בריאות הנפש

הפרטיות והחשאיות של מידע בריאות הנפש שמוחזק ע"י כל יחידה או תוכנית בבית החולים המורשים ברישיון מיוחד לספק שירותי בריאות נפש מוגנות לפי חוקי ותקנות המדינה. סוגים מסוימים של מידע בריאות נפש זוכים להגנה נוספת. אם קיימת סתירה בין ההגנות האלה להגנות הנוגעות למידע הבריאותי כמתואר לעיל, ההגנות המיוחדות עבור מידע בריאות הנפש יחולו.

באופן כללי, אנשי צוות בתוך MMCH (או עמיתים עסקיים) עשויים להשתמש במידע בריאות הנפש שלך במסגרת תפקידם בכדי לספק לך טיפול, להשיג תשלום עבור הטיפול הזה, או לנהל את הפעילות השוטפת של MMCH. באופן כללי, אסור ל-MMCH לחשוף מידע בריאות נפש לגביך לאנשים אחרים מחוץ ל-MMCH, חוץ מאשר במקרים הבאים:

1. כש-MMCH השיג אישור שלך בכתב;
2. לנציג אישי המוסמך לקבל החלטות עבורך לגבי טיפול רפואי.
3. לסוכנויות ממשלתיות או חברות ביטוח פרטיות בכדי להשיג תשלום עבור שירותים שסיפקו לך;
4. לספקי שירותי בריאות נפש אחרים המטפלים בך ומהווים חלק ממערכת בריאות הנפש של המדינה;
5. בכדי לציית לצו בית המשפט;
6. לאנשים רלוונטיים שיכולים למנוע איום חמור או מייד לבריאות או לבטיחות שלך או של אדם אחר;
7. לרשויות הממשל המתאימות לאיתור אדם נעדר או לביצוע חקירה פלילית כפי שמותר על פי חוקי הסודיות; הפדרליים והמדינתיים;
8. לשירותי חירום מורשים אחרים בבתי חולים כפי שמותר על פי חוקי הסודיות הפדרליים והמדינתיים;
9. לשירות המשפטי להיגיינת הנפש המוצע על ידי המדינה;
10. לעורכי דין המייצגים מטופלים בהליך אשפוז כפוי;
11. או עובדיו MMCH לפקידי ממשל מורשים לצורך ניטור או הערכת איכות הטיפול הניתן על ידי;
12. לחוקרים מוסמכים ללא הסכמתך המפורשת, כאשר מחקר כזה מהווה סיכון מינימלי לפרטיותך;
13. לחוקרי מקרי מוות ולבודקים רפואיים כדי לקבוע את סיבת המוות
14. אם אתה אסיר, למתקן כליאה המאשר כי המידע נחוץ על מנת לספק לך טיפול רפואי, או על מנת להגן על בריאותך או בטיחותך או של כל אדם אחר במתקן הכליאה.

סודיות מידע שקשור ל-HIV

הפרטיות והסודיות של מידע הקשור ל-HIV ומוחזק ע"י MMCH מוגנת על פי חוקים ותקנות פדרליים ושל המדינה. ההגנות מורחבות יותר מההגנות עבור מידע בריאותי אחר כמתואר לעיל. ההגנות מורחבות יותר מההגנות עבור מידע בריאותי אחר כמתואר לעיל.

מידע חשאי שקשור ל-HIV הוא כל מידע שמצביע על כך שהייתה לך בדיקה שקשורה ל-HIV, שיש לך מחלה שקשורה ל-HIV או איידס, או שיש לך זיהום שקשור ל-HIV, וכן כל מידע שסביר שיזהה אותך כאדם שעבר בדיקה או שיש לו זיהום HIV.

לפי החוק במדינת ניו יורק, אפשר לחלוק מידע חשאי שקשור ל-HIV רק עם אנשים שמותר להם להחזיק בו לפי החוק, או עם אנשים שאישרת להם להחזיק בו ע"י חתימה על טופס אישור בכתב.

באופן כללי, אנשי צוות בתוך MMCH עשויים להשתמש במידע לגביך שקשור ל-HIV אם הם צריכים אותו בכדי לספק שירות או טיפול ישיר, לעבד מסמכי גבייה או תשלום, או לנטר או להעריך את איכות הטיפול שקיבלת ב-MMCH. באופן כללי, אסור ל-MMCH לחשוף לאדם מחוץ ל-MMCH כל מידע שקשור ל-HIV שמגיע לידי מ-Maimonides Health של תוך כדי טיפול בך, אלא אם:

1. MMCH מקבל ממך אישור בכתב;
2. החשיפה היא לאדם שמוסמך לפי החוק לקבל החלטות רפואיות עבורך והמידע שנחשף רלוונטי לאותו אדם שממלא את תפקיד קבלת ההחלטות הרפואיות;
3. החשיפה היא למספק שירותי בריאות או משלם אחר למטרות טיפול או תשלום;
4. החשיפה היא לסוכן חיצוני של MMCH שזקוק למידע בכדי לספק לך שירות או טיפול ישיר, לעבד מסמכי גבייה או החזר הוצאות, או לנטר או להעריך את איכות הטיפול שניתן לך ב-MMCH. באותם מקרים, לרוב ל-MMCH יש הסכם עם הסוכן בכדי להבטיח שהמידע החסוי שקשור ל-HIV מוגן כפי שנדרש לפי חוקי הסודיות והתקנות הפדראליים ושל המדינה;
5. החשיפה מחויבת לפי החוק או לפי צו בית משפט;
6. החשיפה היא לארגון שרוכש חלקי גוף להשתלה;
7. אתה מקבל שירותים במסגרת תוכנית המצויה בפיקוח או השגחה של סוכנות ממשלתית, פדראלית או מקומית, והחשיפה נעשית לאותה סוכנות ממשלתית או עובד אחר או סוכן אחר של הסוכנות, כשיש צורך סביר למטרת ההשגחה, הפיקוח או הניהול של מתן שירותי התוכנית;
8. לפי החוק הפדראלי או של המדינה מוטל על MMCH לחשוף מידע לפקיד בריאות הציבור, כולל חובה לדווח על תוצאות בדיקות מסוימות ומגעים ידועים;
9. החשיפה נדרשת למטרות בריאות הציבור ו/או בהקשר למקרים מסוימים של חשיפה עם צוות MMCH;
10. אם אתה אסיר במתקן ענישה ויש צורך בחשיפה של מידע סודי שקשור ל-HIV למנהל הרפואי של אותו מתקן בכדי שיוכל לבצע את תפקידו;
11. כשאדם נפטר, החשיפה נעשית לקברן שאחראי על הטיפול בגופת הנפטר ויש לו גישה במסגרת תפקידו למידע שקשור ל-HIV שנמצא בתעודת הפטירה של הנפטר.
12. החשיפה נעשית בכדי לדווח על התעללות בקטין או הזנחה לרשויות המדינה או הרשויות המקומיות הרלוונטיות.

הפרת תקנות הפרטיות האלה עשויה להוביל לענישתו של MMCH לפי החוק האזרחי או הפלילי. על חשד להפרה ניתן לדווח לרשויות המתאימות בהתאם לחוק הפדראלי או חוקי המדינה.

כיצד להגיש תלונה לגבי שימוש במידע שקשור ל-HIV

אם חווית אפליה עקב חשיפת מידע שקשור ל-HIV, תוכל ליצור קשר עם מחלקת זכויות האדם של מדינת ניו יורק בטלפון 212-306-7500 או עם ועדת זכויות האדם של העיר ניו יורק בטלפון 888-392-3644. סוכנויות אלה מופקדות על הגנה על זכויותיך.