

**ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICES  
POTWIERDZENIE OTRZYMANIA  
NOTY DOTYCZĄCEJ OCHRONY PRYWATNOŚCI WG. HIPAA**

*Składając poniżej podpis, przyjmuję do wiadomości, że zapoznałem(-am) się z tekstem Noty dotyczącej ochrony prywatności (w preferowanej przeze mnie wersji językowej, o ile była dostępna) i w związku z tym zostałem(-am) poinformowany, w jaki sposób informacje o moim stanie zdrowia mogą zostać wykorzystane i ujawnione przez Maimonides Midwood Community Hospital a także placówki wymienione na początku niniejszej noty, oraz jak mogę otrzymać dostęp do wyżej wymienionych informacji oraz uzyskać nad nimi kontrolę. Rozumiem i przyjmuję również do wiadomości, że mogę poprosić o osobne wyjaśnienia na piśmie dotyczące specjalnej ochrony prywatności w stosunku do informacji związanych z zarażeniem HIV oraz zdrowiem psychicznym.*

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Personal Representative  
Podpis pacjenta lub Osobistego Przedstawiciela Pacjenta

\_\_\_\_\_  
Print Name of Patient or Personal Representative  
Drukuj imię pacjenta lub osobistego przedstawiciela pacjenta

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date  
Data

\_\_\_\_\_  
Description of Personal Representative's Authority  
Opis uprawniania Osobistego Przedstawiciela Pacjenta

Patient or Personal Representative given a copy of this form in Polish.  
Pacjent lub Osobisty Przedstawiciel otrzymują kopię tego formularza w języku polskim.

Translated "Notice of Privacy Practices" given to Patient or Personal Representative by: \_\_\_\_\_

(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 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**

### **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 UWAGNE 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 Biurem ds. Prywatności pod numerem 718-692-8757.

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

Nota ta opisuje praktyki ochrony prywatności informacji o zdrowiu stosowane w Maimonides Midwood Community Hospital (MMCH) 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 Notcie będą przestrzegane przez: (1) wszystkich specjalistów opieki zdrowotnej, którzy będą Pana/Panią leczyć we wszelkich naszych oddziałach; (2) wszystkich pracowników, studentów, stażystów i wolontariuszy we wszelkich naszych oddziałach; (3) wszyscy pracownicy, personel medyczny, stażyści;; (4) wszystkich współników w działaniach biznesowych Maimonides Midwood Community Hospital. 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 Maimonides Midwood Community Hospital 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.

**SPECJALNA ZASADA DOTYCZĄCA REJESTRÓW ZABURZEŃ UŻYWANIA SUBSTANCJI (SUBSTANCE USE DISORDER, SUD):** Dodatkowe zabezpieczenia są zapewnione dla informacji dotyczących Zaburzeń używania substancji (SUD) zgodnie z 42 częścią Kodeksu Przepisów Federalnych (CFR) Część 2.

### **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.***

### **Leczenie, płacenie [za usługi] oraz działania biznesowe**

1. **Leczenie.** Możemy dzielić się informacją o Pana/Pani stanie zdrowia z lekarzami, pielęgniarkami, technikami oraz innymi świadczącymi opiekę medyczną w szpitalu Maimonides Midwood Community Hospital oraz w powiązanych z nim praktykach lekarskich, zaangażowanych 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 Medical Center, które mogą być zaangażowane w opiekę zdrowotną świadczoną Panu/Pani po opuszczeniu Medical Center, takim jak lekarze sprawujący dalszą opiekę, organizacje świadczące usługi fizjoterapii, dostawcy sprzętu medycznego, agencje opieki domowej, ośrodki kompleksowej opieki oraz ośrodki specjalistycznej opieki pielęgniarskiej.

Zaburzeń używania substancji (SUD) Dokumentacja; jeśli Twoje dane są chronione przez 42 Kodeksu Przepisów Federalnych (CFR) Część 2, NIE ujawnimy ich do leczenia bez Twojej pisemnej zgody, chyba że Część 2 na to pozwala (np. nagłe przypadki medyczne, konkretne nakazy sądowe, zgłaszanie przestępstw na terenie programu lub przeciwko personelowi programu).

2. **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.

Wyjątek Zaburzeń używania substancji (SUD): Potrzebujemy Twojej pisemnej zgody na ujawnienie informacji o leczeniu Zaburzeń używania substancji (SUD) w celu zapłaty, chyba że obowiązuje wyjątek regulacyjny.

3. **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 uwiarytelniające. 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.

**Wyjątek Zaburzeń używania substancji (SUD):** Operacje związane z informacjami Zaburzeń używania substancji (SUD) zazwyczaj wymagają pisemnej zgody.

**UWAGA:** użycie i ujawnianie informacji o leczeniu Zaburzeń używania substancji (SUD) w poniższej sytuacji może wymagać Twojej pisemnej zgody na podstawie 42 Kodeksu Przepisów Federalnych (CFR) Część 2.

1. **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.

2. **Zbieranie Funduszy.** 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 Biuro ds. Prywatności pod numerem 718-692-8757.
3. **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.
4. **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.
5. **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 przyjaciołom w zlokalizowaniu Pana/Pani lub uzyskaniu wiedzy na temat Pana/Pani ogólnego stanu w razie sytuacji kryzysowej.
6. **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 MMCH 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.
7. **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 wynosić 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 wspomagania 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 wynika 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).

**Przypadkowe ujawnienie.** Podczas gdy my podejmować będziemy rozsądne kroki w celu chronienia prywatności informacji o Pana/Pani zdrowiu, dojdź 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.

**SPECJALNE ZABEZPIECZENIA PRYWATNOŚCI DLA DOKUMENTÓW ZABURZEŃ UŻYWANIA SUBSTANCJI (SUD):** Informacje o leczeniu Zaburzeń używania substancji (SUD) mają dodatkowe zabezpieczenia prywatności zgodnie z 42 Kodeksu Przepisów Federalnych (CFR) Część 2, które ograniczają, jak Maimonides Midwood Community Hospital wykorzystuje lub ujawnia Twoje informacje o leczeniu SUD. Jeśli nie podpiszesz zgody na wyrażenie, Maimonides Midwood Community Hospital może ujawniać informacje o leczeniu Zaburzeń używania substancji (SUD) tylko w ograniczonych okolicznościach, jak pozwala na to 42 Kodeksu Przepisów Federalnych (CFR) Część 2. Maimonides Midwood Community Hospital może mieć prawo korzystać lub ujawniać Twoje Rejestry Zaburzeń używania substancji (SUD) bez Twojej pisemnej zgody w przypadku nagłego wypadku medycznego lub szczególnych okoliczności, zgodnie z 42 Kodeksu Przepisów Federalnych (CFR) Część 2.

## **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 pisemnie 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 MMCH, nasza odpowiedź w normalnych warunkach ograniczona będzie do ujawnień dokonanych przez szpital MMCH (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 listę ujawnień, prosimy o napisanie do Działu Informacji Medycznej. 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 przyjaciołom zaangażowanym w opiekę nad Panem/Panią. Na przykład może Pan/Pani poprosić o to abyśmy nie ujawniali informacji o przebytej operacji. Aby zażądać ograniczeń, prosimy o napisanie do Działu Informacji Zdrowotnej. 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 poufną metodę komunikacji, prosimy o napisanie do naszego Biura ds. Prywatności. *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.

### **Szczególna ochrona informacji związanych z HIV, informacji o zdrowiu psychicznym oraz nadużywaniu środków odurzających.**

Szczególna ochrona prywatności dotyczy 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.** Osoba odpowiedzialna 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 Biuro ds. Prywatności pod numerem (718) 692-8757.

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

Przysługuje Państwu prawo do otrzymania kopii niniejszego zawiadomienia w formie pisemnej. Mogą Państwo zażądać kopii w formie pisemnej w dowolnym momencie, nawet jeśli wcześniej wyrazili Państwo zgodę na otrzymywanie niniejszego zawiadomienia drogą elektroniczną. W tym celu prosimy o kontakt z Departamentem Informacji Zdrowotnej pod numerem 718-692-5395. Mogą Państwo również uzyskać kopię niniejszego zawiadomienia, pobierając je z naszej strony internetowej pod adresem [www.nych.com](http://www.nych.com) lub prosząc o kopię podczas kolejnej wizyty. Możemy okresowo zmieniać nasze praktyki dotyczące prywatności. W przypadku ich zmiany zaktualizujemy niniejsze zawiadomienie, aby zapewnić Państwu dokładne podsumowanie naszych praktyk. Niniejsze zaktualizowane zawiadomienie będzie miało zastosowanie do wszystkich informacji o Państwu przechowywanych przez MMCH i jej powiązanych dostawców, a my będziemy zobowiązani prawnie do przestrzegania jego postanowień. Będzie Pan/Pani mógł (mogła) otrzymać własną kopię uaktualnionej noty kontaktując się z Departamentem Informacji Zdrowotnej pod numerem 718-692-5395, z naszej strony internetowej strony 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 Biurem Ochrony Danych pod numerem 718-692-8757. Nikt nie będzie brać odwetu ani podejmować przeciwko Panu/Pani działań za złożenie skarg.

### **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 MMCH (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 MMCH. Zasadniczo MMCH nie może ujawniać informacji dotyczących zdrowia psychicznego Pana/Pani innym osobom spoza MMCH, *za wyjątkiem następujących sytuacji:*

- Gdy szpital MMCH 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;
- Do innych dostawców usług zdrowia psychicznego, którzy Cię leczą i którzy są częścią zorganizowanego systemu zdrowia psychicznego państwa;;
- 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 MMCH 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 MMCH 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 MMCH. Zasadniczo MMCH nie może ujawniać żadnym osobom spoza Maimonides żadnych poufnych informacji związanych z HIV, które Maimonides Health uzyska w trakcie leczenia Pana/Pani, za wyjątkiem gdy:

- Szpital MMCH 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 MMCH, 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 MMCH. W takich przypadkach zwykle MMCH 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 agencji, gdy jest to potrzebne w ramach rozsądku do nadzorowania, monitorowania czy administrowania świadczenia usług w ramach danego programu;

- Na mocy prawa federalnego lub stanowego MMCH 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 MMCH;
- 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 znęcania się nad dziećmi lub zaniedbania.

Złamanie tych regulacji dotyczących ochrony prywatności może spowodować nałożenie na MMCH 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 844-697-3471 lub Komisją Miasta Nowy Jork ds. Praw Człowieka pod numerem 212-306-7450. Agencje te są odpowiedzialne za ochronę Pana/Pani praw.

202180073.1