



## **AVISO DE PRÁTICAS DE PRIVACIDADE**

*Suas informações. Seus direitos. Nossas responsabilidades.*

**ESTE AVISO DESCREVE COMO INFORMAÇÕES DE SAÚDE SOBRE VOCÊ PODEM SER USADAS E COMPARTILHADAS COM OUTRAS PESSOAS E COMO VOCÊ PODE TER ACESSO A ELAS. LEIA-O ATENTAMENTE.**

### **NOSSOS USOS E DIVULGAÇÕES**

#### **Como normalmente usamos ou compartilhamos suas informações de saúde?**

Normalmente usamos suas informações de saúde das seguintes maneiras:

**Para fornecer tratamento a você** - A Outer Cape Health Services usa um prontuário médico seguro. O acesso aos seus prontuários médicos e outras informações mantidas pela Outer Cape Health Services é restrito aos médicos e funcionários que precisam das informações para fins de tratamento, pagamento ou operações de assistência médica ou outros fins autorizados, como descrito neste Aviso.

Em alguns casos, médicos de outras organizações de assistência médica podem acessar eletronicamente as suas informações de saúde criadas ou mantidas pela Outer Cape Health Services, por meio de uma rede segura de transmissão de informações de saúde, como a Massachusetts Health Information Highway ("The Hiway"). Todos os médicos são obrigados a proteger a confidencialidade de suas informações.

A Outer Cape Health Services faz parte de um acordo organizado de assistência médica que inclui participantes da OCHIN. Uma lista atualizada dos participantes da OCHIN está disponível em [www.ochin.org](http://www.ochin.org). Como parceira comercial da Outer Cape Health Services, a OCHIN fornece tecnologia da informação e serviços relacionados à Outer Cape Health Services e a outros participantes da OCHIN. A OCHIN também participa de atividades de avaliação e melhoria da qualidade em nome de seus participantes. Por exemplo, a OCHIN coordena as atividades de revisão clínica em nome das organizações participantes para estabelecer padrões de boas práticas e acessar benefícios clínicos que podem ser derivados do uso de sistemas eletrônicos de registro de saúde. A OCHIN também ajuda os participantes a trabalharem de forma colaborativa para melhorar a gestão de encaminhamentos internos e externos de pacientes. As suas informações de saúde podem ser compartilhadas pela Outer Cape Health Services com outros participantes da OCHIN quando necessário para fins de operação de assistência médica do acordo de assistência médica organizado.

**Assistência em todos os lugares** - Os médicos envolvidos na assistência de um paciente que usam o sistema Epic/OCHIN podem compartilhar as informações com segurança.

As informações compartilhadas pela Assistência em todos os lugares podem incluir informações confidenciais de saúde, como tratamento ou encaminhamento para uso abusivo de drogas e álcool, diagnóstico e tratamento de saúde mental, testes genéticos, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis e diagnóstico e tratamento de HIV/AIDS. Os pacientes podem optar por não compartilhar suas informações pela Assistência em todos os lugares.

**Para administrar a nossa organização** - Podemos usar e compartilhar suas informações de saúde para administrar a nossa clínica, melhorar a sua assistência e entrar em contato com você quando necessário. Por exemplo: usamos informações de saúde sobre você para gerenciar o seu tratamento e os serviços.

**Para cobrar pelos nossos serviços** - Podemos usar e compartilhar suas informações de saúde para cobrar e coletar pagamentos de planos de saúde ou entidades. Por exemplo: damos informações sobre você ao seu plano de seguro saúde para que ele pague pelos seus serviços.

**Para entrar em contato com você** - Podemos usar suas informações de saúde para entrar em contato com você para tratar de informações sobre tratamento e instruções de assistência de acompanhamento ou tratar de informações sobre os serviços que fornecemos. Por exemplo, podemos entrar em contato com você para tratar de consultas agendadas ou canceladas, atualizações de registro ou seguro, questões de faturamento ou pagamento, avaliação pré-procedimento, pesquisas de satisfação ou resultados de exames.

**De que outra forma podemos compartilhar as suas informações?** - Podemos ou somos solicitados a compartilhar suas informações de outras formas – normalmente, maneiras que contribuam para o bem comum, como saúde pública e pesquisa. Devemos atender a muitos requisitos legais antes de compartilhar as suas informações para esses propósitos. Para mais informações: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/privacy/index.html>

#### **Ajudar com questões de segurança e saúde pública, como:**

- Prevenção de doenças
- Ajuda com recalls de produtos

- Notificação de reações adversas a medicamentos
- Notificação de abuso, negligência ou violência doméstica.
- Prevenção ou redução de uma grave ameaça à saúde ou segurança de qualquer pessoa

**Fazer pesquisas** - Podemos usar ou compartilhar suas informações para pesquisa de saúde.

**Cumprir a lei** - Se as leis estaduais ou federais exigirem, nós compartilharemos as suas informações.

Exemplo: o Massachusetts Immunization Information Systems ("MIIS") é um sistema estadual para acompanhar as vacinas fornecidas a você e sua família. O objetivo é garantir que todas as pessoas do estado estejam em dia com suas vacinas e que os registros estejam disponíveis quando você precisar deles, como quando uma criança entra na escola, em uma emergência ou quando você muda de médico. Você pode optar por não participar do programa, mas suas informações continuarão sendo mantidas no banco de dados do MIIS. Optar por não participar significa que você precisará acompanhar os registros de vacinação do seu filho caso mude de médico ou seja imunizado em outra unidade de saúde.

**Responder a solicitações de doação de órgãos e tecidos** - Compartilhamos informações sobre você com organizações de aquisição de órgãos.

**Trabalhar com um médico legista ou agente funerário** - Nós podemos compartilhar informações de saúde com um investigador forense, médico legista ou agente funerário quando uma pessoa morre.

**Atender indenizações trabalhistas, solicitações policiais e outras solicitações governamentais**

- Reivindicações de indenização trabalhista
- Para fins de aplicação da lei ou com um agente da lei
- Com agências de supervisão de saúde para atividades autorizadas por lei
- Para funções governamentais especiais, como militares, segurança nacional e serviços de proteção presidencial.

**Responder a processos judiciais e ações legais** - Podemos compartilhar informações de saúde sobre você em um tribunal ou ordem administrativa, ou em resposta a uma intimação (a menos que se apliquem padrões estatais mais estritos que evitem tais divulgações).

Em geral, solicitaremos o seu consentimento por escrito ou uma ordem do juiz antes de compartilharmos algumas informações confidenciais sobre você, como:

- Prontuários de uso de álcool e substâncias - Consulte o AVISO DE PROTEÇÕES ADICIONAIS SOBRE OS PRONTUÁRIOS DE TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS anexados no final deste Aviso.
- Informações relacionadas à AIDS, ARC ou HIV, inclusive, entre outras coisas, status ou resultados de exames, independentemente de o resultado do exame ser positivo ou negativo.
- Doenças sexualmente transmissíveis
- Resultados de exames genéticos
- Consentimento para aborto
- Aconselhamento da vítima por violência doméstica ou agressão sexual
- Determinada documentação de psicoterapia
- Comunicações com profissionais e assistentes sociais de saúde mental

- **Alguns programas de fundos federais e estaduais.** Somos associados a diversas agências federais e estaduais, e, como tal, se você for cliente de uma ou mais dessas agências, suas informações não identificadas podem ser compartilhadas com essas agências conforme permitido por lei, mediante solicitação das agências.

## NOSSAS RESPONSABILIDADES

- Somos obrigados por lei a manter a privacidade e a segurança de suas informações de saúde protegidas.
- Informaremos a você prontamente se ocorrer uma violação que possa ter comprometido a privacidade ou a segurança de suas informações.
- Seguiremos os deveres e as práticas de privacidade descritos neste Aviso e forneceremos uma cópia a você.
- Não compartilharemos ou usaremos suas informações de outra forma que não a descrita neste Aviso, a menos que você nos informe que podemos fazer isso. Caso aceite, você poderá mudar de ideia a qualquer momento. Informe-nos por escrito se mudar de ideia.

Para mais informações, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

Como membro da Community Care Cooperative (C3) Accountable Care Organization (ACO), temos o compromisso de proteger sua privacidade e garantir que suas informações pessoais sejam tratadas com cuidado e respeito. **Como parte de nossos esforços para prestar assistência abrangente e inclusiva, coletamos informações demográficas, incluindo raça, etnia, idioma preferido, deficiência, identidade de gênero e orientação sexual.** Essas informações nos ajudam a entender melhor e atender às diversas necessidades da nossa comunidade. O acesso aos dados demográficos está restrito apenas ao pessoal autorizado.

Medidas de proteção física, como sistemas de arquivamento seguros e áreas com acesso restrito, estão em vigor para impedir o acesso não autorizado. Nossos sistemas de prontuário eletrônico de saúde (EHR) são equipados com medidas de segurança robustas para proteger contra acesso não autorizado, incluindo criptografia, autenticação de usuário e trilhas de auditoria. **As informações demográficas são usadas para personalizar os nossos serviços e programas para melhor atender às suas necessidades e preferências individuais. As informações demográficas nunca serão usadas para discriminar ou estigmatizar uma pessoa ou grupo. Não divulgaremos as suas informações demográficas a terceiros sem o seu consentimento claro, exceto conforme exigido por lei.**

## SEUS DIREITOS

**No que se refere às suas informações de saúde, você tem certos direitos.** Esta seção explica os seus direitos e algumas responsabilidades úteis para você.

**Obter uma cópia eletrônica do seu prontuário médico** - Você pode pedir para ver ou obter uma cópia eletrônica ou impressa do seu prontuário médico e de outras informações de saúde que temos sobre você. Basta nos perguntar como fazer isso. Forneceremos uma cópia ou um resumo das suas informações de saúde, normalmente em até 30 dias após a solicitação. Podemos cobrar uma taxa razoável baseada no custo.

**Solicitar a correção de seu prontuário médico** - É possível solicitar a correção de suas informações caso tenha a impressão de que estão incorretas. Basta nos perguntar como fazer isso. Podemos “recusar” a sua solicitação, mas informaremos por escrito em até 60 dias.

**Solicitar comunicações confidenciais** - É possível solicitar que entremos em contato com você de uma forma específica, por exemplo, telefone residencial ou comercial, ou enviar correspondência para um endereço diferente. Responderemos “afirmativamente” a todos os pedidos razoáveis.

**Pedir para limitarmos o que compartilhamos** -

- Você pode nos pedir para não usar ou compartilhar certas informações de saúde para tratamento, pagamento ou operações. Não somos obrigados a concordar com a sua solicitação e podemos “recusá-la” se isso afetar a sua assistência.
- Se você pagar integralmente, do próprio bolso, por um serviço ou item de cuidados de saúde, poderá solicitar que não compartilhem essas informações com seu plano de saúde para fins de pagamento ou de nossas operações. Responderemos “afirmativamente”, a menos que a lei exija que compartilhem essas informações.

**Obter uma lista das pessoas com as quais compartilhamos informações** -

- Você pode solicitar uma lista (relatório) das vezes em que compartilhamos suas informações de saúde nos últimos 6 anos anteriores à data da sua solicitação, com quem as compartilhamos e por quê.
- Faremos todas as divulgações, exceto aquelas sobre tratamento, pagamento, operações de assistência médica e quaisquer outras divulgações que você nos tenha solicitado.

**Obter uma cópia do Aviso de Privacidade** - Você pode solicitar uma cópia impressa deste aviso a qualquer momento, mesmo que tenha concordado em receber o aviso eletronicamente. Nós forneceremos a você uma cópia impressa imediatamente. **Escolher alguém para agir em seu nome** - Se tiver fornecido a alguém uma procuração para assuntos médicos ou se alguém é o seu responsável legal, essa pessoa poderá exercer os seus direitos e fazer escolhas sobre as suas informações de saúde.

Nós nos certificaremos de que a pessoa tenha essa autoridade e possa agir em seu nome antes de adotarmos qualquer medida.

**Fazer uma reclamação se achar que os seus direitos foram violados.** Você pode reclamar se achar que violamos os seus direitos entrando em contato com o local onde você recebeu assistência ou com o Responsável pela Privacidade da Outer Cape Health Services pelo telefone 508-905-2820. Uma reclamação também pode ser feita com:

- Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA para Direitos Civis, 200 Independence Avenue, SW, Washington DC 20201, 1-877-696-6775 ou [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints).
- Escritório do Coordenador Nacional de Tecnologia da Informação em Saúde em <https://www.healthit.gov/topic/information-blocking>
- Os membros do C3 podem registrar uma reclamação junto à Community Care Cooperative (C3), Member Advocates – Grievance, 75 Federal Street, 7<sup>th</sup> floor, Boston, MA 02110 ou pelo telefone 866-676-9226 (TTY 711)

**A Outer Cape Health Services não tomará nenhuma medida de retaliação contra você por registrar uma reclamação.**

## SUAS ESCOLHAS

**Para determinadas informações de saúde, você pode informar suas escolhas quanto a o que compartilhamos.** Avise se você tiver uma preferência clara para como compartilhamos informações nas situações descritas abaixo.

**Nesses casos, você tem o direito e a escolha de nos informar:**

- Compartilhar informações com sua família, amigos próximos ou outros envolvidos com os seus cuidados.
- Compartilhar informações em uma situação de socorro em caso de desastres

Se você não for capaz de nos indicar sua preferência, por exemplo, se estiver inconsciente, podemos seguir em frente e compartilhar as suas informações se acreditarmos que é do seu interesse. Também podemos compartilhar informações quando necessário para evitar uma ameaça grave e iminente à saúde ou à segurança.

**Nesses casos, nunca compartilhamos as suas informações, a menos que você nos forneça uma permissão por escrito ou uma declaração formal (quando exigido por lei):**

- Finalidades de marketing
- Venda de suas informações
- A maioria dos casos de compartilhamento de notas de psicoterapia

Se não quiser ser contatado sobre arrecadação de fundos, entre em contato com o Responsável pela Privacidade da Outer Cape Health Services pelo telefone 508.905.2820.

### **Direito de alterar os Termos deste Aviso**

Podemos alterar os termos deste Aviso, e as alterações serão aplicáveis a todas as informações que tivermos sobre você. O novo Aviso estará disponível mediante solicitação, na Outer Cape Health Services e em nosso site.

### **Entre em contato conosco**

Se você tiver dúvidas sobre este Aviso de Práticas de Privacidade, entre em contato com o nosso Responsável pela Privacidade pelo telefone [Compliance@OuterCape.org](mailto:Compliance@OuterCape.org).

## AVISO DE PROTEÇÕES ADICIONAIS DE PRONTUÁRIOS DE TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS

O nosso Aviso de Práticas de Privacidade HIPAA (“HIPAA NPP”) aplica-se a todos os nossos pacientes. Se você receber tratamento, diagnóstico ou encaminhamento para tratamento em um de nossos Programas designados de Transtorno por Uso de Substâncias (“Programas Parte 2”), a confidencialidade dos seus prontuários em tais programas (“Registros da Parte 2”) estão sujeitas a outras proteções segundo a lei e regulamentos federais 42 U.S.C. § 290dd-2, 42 U.S.C. 290ee-3 e 42 C.F.R. Parte 2 (“Parte 2”).

ESTE AVISO COMPLETA O HIPAA NPP E DESCREVE:

- I. COMO OS SEUS PRONTUÁRIOS DA PARTE 2 PODEM SER USADOS E DIVULGADOS,
- II. SEUS DIREITOS EM RELAÇÃO AOS PRONTUÁRIOS DA PARTE 2, E
- III. COMO REGISTRAR UMA RECLAMAÇÃO SOBRE UMA VIOLAÇÃO DE PRIVACIDADE OU SEGURANÇA DE SEUS PRONTUÁRIOS DA PARTE 2 OU DE SEUS DIREITOS RELATIVOS AOS SEUS PRONTUÁRIOS DA PARTE 2.

VOCÊ TEM DIREITO A UMA CÓPIA DESTA AVISO (EM FORMATO IMPRESSO OU ELETRÔNICO) E TAMBÉM TEM DIREITO FALAR SOBRE ELA COM O RESPONSÁVEL PELA PRIVACIDADE EM [COMPLIANCE@OUTERCAPE.ORG](mailto:COMPLIANCE@OUTERCAPE.ORG) SE TIVER ALGUMA DÚVIDA.

### I. USOS E DIVULGAÇÕES

Os nossos Programas Parte 2 podem usar e divulgar os seus prontuários da Parte 2 apenas como descrito nesta seção ou com o seu consentimento por escrito.

#### (A) Usos permitidos e divulgação de prontuários da Parte 2 sem consentimento

- Para se comunicar com outros membros da equipe dentro do Programa Parte 2 que necessitem das informações no desempenho de suas funções para fornecer diagnóstico, tratamento ou encaminhamento para tratamento, ou com pessoas/escritórios com controle administrativo direto sobre o Programa Parte 2.
- Para organizações de serviços qualificados que nos prestem serviços ou em nosso nome.
- Para agências ou autoridades se você cometer, ou ameaçar cometer um crime em nossas instalações ou contra o nosso pessoal.
- Para relatar suspeita de abuso infantil e negligência de acordo com as leis estaduais.
- Para equipe médica em uma emergência médica sob certas condições.
- Para fins de pesquisa se determinadas condições forem atendidas.
- Para pessoal qualificado para fins de gestão e de auditoria financeira ou de avaliação de programas que concordem por escrito em cumprir com as limitações do uso e de novo compartilhamento das informações.
- Para uma autoridade de saúde pública, se as informações não estiverem devidamente identificadas.

#### (B) Usos e divulgações permitidos que exigem consentimento

- Para fins de tratamento, pagamento e operações de assistência médica.
- Nosso Programa Parte 2 solicitará que você forneça um único consentimento por escrito para todos os usos futuros ou divulgações de suas informações para fins de tratamento, pagamento e operações de saúde, a fim de garantir que você receba o mais alto nível de assistência coordenada. Se este consentimento não for assinado, não poderemos fornecer o tratamento a você. Este consentimento permanecerá em vigor até que você o revogue por escrito.
- Registros que são divulgados para nós ou para outro Programa Parte 2, entidade abrangida ou associação empresarial de acordo com o seu consentimento por escrito para tratamento, pagamento e operações de assistência médica podem ser divulgados posteriormente por nós ou Programa Parte 2, entidade abrangida ou associação empresarial, sem o seu consentimento por escrito, na medida em que os regulamentos HIPAA permitem tal divulgação.
  - O nosso Programa Parte 2 pode fazer usos e divulgações não descritas neste aviso apenas com o seu consentimento por escrito.

#### (C) Direito de revogar ou retirar um consentimento

É possível revogar ou retirar o seu consentimento por escrito, a qualquer momento, ao enviar uma solicitação ao Programa Parte 2. Não usaremos nem divulgaremos mais seus Registros da Parte 2 após esse momento, exceto na medida em que já tenhamos agido com base neles.

Se você tiver recebido a determinação de fazer o tratamento pelo sistema jurídico criminal (inclusive tribunal de drogas, liberdade condicional ou liberdade assistida) e você assinar um consentimento autorizando as divulgações a elementos do sistema jurídico criminal, como o tribunal, agentes de liberdade condicional, agentes de liberdade assistida, promotores públicos ou outras forças da lei, o seu direito de revogar o consentimento pode estar mais limitado, e ele deve ser claramente explicado no consentimento que você assinar.

## **(D) Usos ou divulgações em procedimentos legais**

Seus Registros da Parte 2, ou depoimentos que relatem o conteúdo desses registros, não devem ser usados nem divulgados em quaisquer processos civis, administrativos, criminais ou legislativos contra você, a menos que você forneça um consentimento específico por escrito ou uma ordem judicial compatível com a Parte 2 autorize tal divulgação.

Os Registros da Parte 2 só poderão ser usados ou divulgados com base em uma ordem judicial, após você e/ou nosso Programa da Parte 2 receberem notificação e oportunidade de se manifestar, quando exigido pelos §§ 42 U.S.C. 290dd-2 e 42 CFR Parte 2.

Uma ordem judicial que autoriza o uso ou a divulgação deve ser acompanhada de uma intimação ou outro mandato legal semelhante, divulgação persuasiva antes que o registro seja usado ou divulgado.

## **II. Seus direitos relacionados aos seus Registros da Parte 2**

Como paciente do nosso Programa Parte 2, você tem todos os direitos listados no HIPAA NPP, inclusive o direito de solicitar restrições às divulgações feitas com consentimento prévio para fins de tratamento, pagamento e operações de assistência médica. Você também tem o direito de receber um relatório de divulgações de prontuários eletrônicos da Parte 2 feitas com seu consentimento nos últimos 3 anos, incluindo divulgações para tratamento, pagamento e operações de saúde, quando tais divulgações forem realizadas por meio de um prontuário eletrônico.

## **III. Como fazer uma reclamação**

Consulte o HIPAA NPP para obter mais informações sobre como fazer uma reclamação.