

## OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRAKTYK OCHRONY PRYWATNOŚCI

**NINIEJSZE OŚWIADCZENIE OPISUJE, W JAKI SPOSÓB MOGĄ BYĆ WYKORZYSTYWANE I UJAWNIANE PAŃSTWA DANE MEDYCZNE ORAZ JAK MOŻNA UZYSKAĆ DO NICH DOSTĘP. PROSIMY O ICH DOKŁADNE PRZECZYTANIE.**

Ośrodek Hospital for Special Care - (HSC) jest zobowiązany przez przepisy prawa do zachowania prywatności informacji o stanie zdrowia pacjentów. Niniejszy dokument opisuje sposób, w jakim możemy wykorzystywać oraz ujawniać informacje na temat zdrowia pacjenta, a także opisuje prawa pacjenta i pewne zobowiązania ośrodka, dotyczące wykorzystywania i ujawniania informacji o stanie zdrowia pacjenta. Jesteśmy zobowiązani do przedstawienia Państwu niniejszego Oświadczenia opisującego nasze ustawowe obowiązki i praktyki ochrony prywatności.

**Jeśli mają Państwo pytania dotyczące niniejszego Oświadczenia, prosimy o kontakt z działem HSC zajmującym się ochroną danych: pod numerem telefonu (860) 827-4822, pod adresem e-mail [PrivacySecurityOffice@hfsc.org](mailto:PrivacySecurityOffice@hfsc.org) lub pod adresem pocztowym 2150 Corbin Avenue, New Britain, CT 06053.**

### **Kto będzie przestrzegać warunków przedstawionych w niniejszym Oświadczeniu?**

Zasady opisane w niniejszym dokumencie będą przestrzegane przez wszystkich pracowników, personel medyczny, studentów, wolontariuszy i specjalistów z zakresu opieki medycznej w Hospital for Special Care (łącznie z placówkami w New Britain i Hartford).

Ośrodek HSC i jego podmioty powiązane, zgodnie z obowiązującymi przepisami, mają prawo udostępniać, wykorzystywać i ujawniać informacje o stanie zdrowia pacjentów w sytuacjach związanych z prowadzeniem leczenia, płatnościami i opieką zdrowotną, jak opisano poniżej. Personel medyczny HSC oraz inni specjaliści z zakresu opieki zdrowotnej, mogą wykorzystywać i udostępniać informacje na temat Państwa zdrowia dla celów realizacji opieki nad pacjentem. Dodatkowo, w związku ze świadczeniem usług dla naszych pacjentów, HSC współpracuje z innymi dostawcami usług medycznych - np. badania laboratoryjne w naszej placówce, usługi radiologiczne oraz inne usługi specjalistyczne (takie, jak dializy). Dostawcy ci są odrębnymi podmiotami prawnymi, ale działają na zasadzie „klinicznie zintegrowanej opieki”, w ramach której w proces opieki nad pacjentem zaangażowanych jest więcej niż jeden dostawca usług medycznych. Oznacza to, że informacje dotyczące Państwa zdrowia mogą być udostępniane i wykorzystywane do celów świadczenia i koordynowania usług leczenia, w celu otrzymania płatności za to leczenie oraz za powiązaną działalność związaną z opieką zdrowotną. Szpital HSC, jego personel medyczny i dostawcy usług w zakresie opieki zdrowotnej, tworzą razem „system zorganizowanej opieki zdrowotnej” (*organized health care arrangement* - OHCA). Każdy dostawca usług uczestniczący w OHCA, zgodnie z prawem federalnym, ma obowiązek chronić prywatność informacji o stanie zdrowia pacjenta.

Niniejsze Oświadczenie nie ma zastosowania w odniesieniu do spółki CSI Residential, Inc., niektórych prac badawczych, prowadzonych w interesie zdrowia publicznego, programu Veterans Outreach Program, placówki HSC Child Care Center, programów sportowych i społecznościowych prowadzonych przez spółkę HSC Community Services, Inc., lub informacji o członkach społeczności i kadry ośrodka Aquatic Rehabilitation and Fitness Center, którzy nie są beneficjentami usług opieki zdrowotnej, świadczonych przez HSC.

### **W jaki sposób możemy wykorzystać i ujawnić informacje o Państwa stanie zdrowia?**

Przepisy prawa zezwalają na wykorzystanie i udostępnianie informacji o stanie zdrowia pacjenta innym osobom w celach związanych z leczeniem, działaniami związanymi z płatnościami i opieką zdrowotną.

#### **W celach związanych z leczeniem**

Możemy wykorzystywać informacje o stanie zdrowia pacjenta do celów prowadzenia leczenia lub świadczenia usług medycznych. Możemy przekazywać Państwa dane medyczne lekarzom, pielęgniarkom, technikom, studentom medycyny, duchownym lub innym osobom, które się Państwem opiekują. Na przykład lekarz leczący złamanie kości może potrzebować informacji, czy chorują Państwo na cukrzycę, ponieważ cukrzyca może spowolnić proces gojenia. Lekarz może przekazać dietetykowi informację o cukrzycy, abyśmy mogli zapewnić Państwu odpowiednią dietę. Inne oddziały szpitala również mogą udostępniać Państwa dane w celu koordynacji różnych usług, których Państwo potrzebują, takich jak leki, wyposażenie medyczne i badania rentgenowskie. Informacje dotyczące Państwa możemy także ujawnić osobom spoza placówki, które mogą być zaangażowane w proces opieki medycznej nad Państwem podczas pobytu w szpitalu lub po wyjściu z niego. Mogą to być lekarze pierwszego kontaktu i specjaliści, agencje świadczące usługi pomocy domowej lub inni dostawcy, którzy stanowią element Państwa opieki zdrowotnej.

## OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRAKTYK OCHRONY PRYWATNOŚCI

### **W celach związanych z płatnościami**

Możemy wykorzystywać i ujawniać informacje na temat Państwa stanu zdrowia, abyśmy mogli wystawić rachunek firmie ubezpieczeniowej, płatnikowi instytucjonalnemu lub osobie odpowiedzialnej za Państwa opiekę zdrowotną. Na przykład może być konieczne podanie Państwa planu fizykoterapii, aby Państwa ubezpieczyciel zapłacił nam lub zwrócił Państwu poniesione koszty terapii. Możemy również poinformować Państwa ubezpieczyciela o planowanym leczeniu, aby uzyskać zatwierdzenie lub określić, czy ubezpieczyciel pokryje koszty leczenia. Możemy także udostępniać informacje o Państwa stanie zdrowia innym dostawcom usług medycznych, np. pogotowiu ratunkowemu, aby mogli uzyskać płatności za wyświadczone Państwu usługi.

### **W celach związanych ze świadczeniem opieki zdrowotnej**

Możemy wykorzystywać i ujawniać informacje na temat Państwa stanu zdrowia w związku z naszymi własnymi działaniami, w razie konieczności i zgodnie z prawem. Na przykład dane pacjenta są potrzebne do wykonywania czynności takich, jak zarządzanie szpitalem, doskonalenie jakości, zarządzanie technologią informatyczną, zarządzanie finansami i usługi rozliczeniowe, ubezpieczenia i zarządzanie ryzykiem. Mogą zostać Państwo poproszeni o wypełnienie ankiety zadowolenia pacjenta, co pomoże nam w kontroli naszych usług i ocenie skuteczności naszego personelu w opiece nad Państwem. Możemy łączyć dane medyczne wielu pacjentów, aby podjąć decyzję o wprowadzeniu dodatkowych usług oraz sprawdzeniu, czy niektóre nowe metody leczenia są skuteczne. Możemy udostępniać informacje o stanie zdrowia pacjentów podczas inspekcji akredytacyjnych i licencyjnych. Możemy również łączyć posiadane przez nas dane medyczne z danymi medycznymi pochodzącymi z innych placówek, aby porównywać nasze wyniki i sprawdzić, gdzie możemy wprowadzić ulepszenia. Możemy również udostępniać informacje o Państwa stanie zdrowia innym podmiotom świadczącym usługi medyczne lub Państwa ubezpieczycielowi, jeżeli posiadają oni z Państwem relacje pacjent-usługodawca, dla celów takich, jak zarządzanie przypadkiem, planowanie wypisu lub zapewnienie jakości.

### **Możemy także wykorzystywać lub ujawniać informacje na temat Państwa stanu zdrowia z następujących powodów:**

#### **Spis pacjentów**

Gdy są Państwo pacjentami HSC, informacje dotyczące Państwa zostają wprowadzone do spisu pacjentów. Ograniczają się one do nazwiska, lokalizacji (np. numer sali lub numer telefonu) i ogólnego stanu (średni, stabilny itp.). Spis pacjentów zawiera podstawowe informacje dotyczące rodziny, przyjaciół i duchownych, aby mogli Państwa odwiedzać i dowiadywać się, jak się Państwo czują. Takich informacji udzielamy wyłącznie osobom telefonującym i odwiedzającym, które pytają o pacjenta podając jego nazwisko. Duchowny, np. ksiądz lub rabin, może udzielić pacjentowi posługi religijnej, nawet jeśli nie pyta o pacjenta podając jego nazwisko. Mogą Państwo nie wyrazić zgody na podawanie informacji zawartych w spisie pacjentów osobom telefonującym lub odwiedzającym, powiadamiając o tym personel na Izbie przyjęć, a także mogą Państwo ograniczyć zakres udzielanych informacji oraz osób upoważnionych do otrzymywania tych informacji. Jednak należy pamiętać, że jeśli nazwiska pacjenta nie ma w Spisie pacjentów, nie możemy powiedzieć rodzinie, przyjaciołom lub innym osobom, takim jak dostawcy kwiatów, w której sali pacjent leży, lub nawet, czy w ogóle przebywa w szpitalu. Kwiaty i inne przesyłki zostaną zwrócone nadawcy.

#### **Rodzina i przyjaciele zaangażowani w opiekę nad pacjentem**

O ile pacjent nie wyrazi sprzeciwu, możemy także udostępniać informacje na temat jego stanu zdrowia rodzinie, przyjaciołom, a także innym osobom, które są zaangażowane w opiekę nad pacjentem lub w płatności za nią. Jeżeli pacjent nie chce, aby informacje na temat jego stanu zdrowia były przekazywane konkretnemu członkowi rodziny lub innej osobie, musi poinformować o tym członka zespołu opieki zdrowotnej, albo może przekazać swój sprzeciw na piśmie pracownikowi działu zajmującego się ochroną danych. Często musimy udostępnić informacje w celu ułatwienia innej osobie zaangażowania w opiekę nad pacjentem lub dokonania za nią płatności. Jeśli pacjent jest niedostępny, ubezwłasnowolniony lub znalazł się w wyjątkowej sytuacji medycznej i stwierdzimy, że udzielenie informacji może leżeć w jego najlepszym interesie, możemy udostępnić tym osobom ograniczone informacje na temat stanu zdrowia pacjenta bez jego zgody. W przypadku katastrofy, możemy również ujawnić ograniczone informacje na temat stanu zdrowia pacjenta podmiotom publicznym lub prywatnym (np. Czerwony Krzyż), które są uprawnione do udzielania pomocy ofiarom klęsk żywiołowych, aby podmiot mógł odnaleźć członków rodziny lub inne osoby zaangażowane w opiekę nad pacjentem.

#### **Partnerzy biznesowi**

Niektóre usługi są wykonywane poprzez umowy z osobami lub organizacjami zewnętrznymi. Chodzi o usługi takie, jak audyt, rozliczenia, akredytacje i usługi prawne. Czasami konieczne może być przekazanie pewnych informacji o stanie

## OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRAKTYK OCHRONY PRYWATNOŚCI

zdrowia pacjenta jednej lub kilku z tych osób, lub organizacji, które wspomagają nas w działaniach związanych z opieką zdrowotną. We wszystkich przypadkach od naszych partnerów biznesowych wymaga się odpowiedniej ochrony danych.

### Wizyty i usługi

Możemy skontaktować się z pacjentem w celu przypomnienia o wizycie lub w związku z wynikami badań. Pacjent ma prawo poprosić o kontaktowanie się z nim za pośrednictwem alternatywnych środków lub pod innym adresem. Na przykład pacjent może poprosić, aby przypomnienia o wizycie nie nagrywać na automatyczną sekretarkę w domu lub abyśmy nie wysyłały informacji do domu ani pod żaden inny konkretny adres. Będziemy uwzględniać uzasadnione wnioski. O taką poufną komunikację należy poprosić na piśmie i przekazać je pracownikowi działu zajmującego się ochroną danych. We wniosku pacjent **musi** określić, w jaki sposób lub gdzie można się z nim skontaktować.

### Gromadzenie funduszy

Możemy w ograniczonym zakresie udostępniać informacje o pacjencie fundacji szpitala Hospital for Special Care w celach związanych z gromadzeniem funduszy w imieniu szpitala i jego podmiotów powiązanych. Jeśli nie chcą Państwo, aby kontaktowano się z nimi w celach związanych z gromadzeniem funduszy, mogą Państwo zrezygnować poprzez wysłanie pisemnego wniosku do fundacji: Hospital for Special Care Foundation, 2150 Corbin Avenue, New Britain, CT 06053 wysyłając wiadomość e-mail na adres [giving@hfsc.org](mailto:giving@hfsc.org) lub dzwoniąc pod numer (860) 832-6257.

### Badania naukowe

W pewnych okolicznościach możemy wykorzystać i ujawnić informacje na temat stanu zdrowia pacjenta dla celów naukowych. Na przykład organizacja badawcza może chcieć porównać wyniki wszystkich pacjentów, którzy otrzymali dany lek. We wszystkich przypadkach, w których nie uzyskano wyraźnego upoważnienia, prywatność pacjenta będzie chroniona przez surowe wymagania dotyczące poufności, zgodnie z prawem federalnym.

**Dodatkowo, jesteśmy zobligowani przepisami prawa do wykorzystywania lub ujawniania informacji o stanie zdrowia pacjenta bez jego zgody lub zezwolenia. Możemy wykorzystać lub ujawnić informacje o Państwa stanie zdrowia:**

- do celów określonych przez przepisy prawa;
- do działań w zakresie zdrowia publicznego, takich jak wymóg zgłoszenia choroby, obrażeń, narodzin i śmierci, a także dla potrzeb dochodzenia dotyczącego zdrowia publicznego;
- zgodnie z prawem, jeśli podejrzewamy wykorzystywanie lub zaniedbanie dziecka, lub jeżeli uważamy, że może ono być ofiarą nadużyć, zaniedbania lub przemocy domowej;
- Amerykańskiej Agencji ds. Żywności i Leków (FDA), jeśli to konieczne w związku ze zgłaszaniem zdarzeń niepożądanych, wad produktów lub w związku z wycofaniem produktu z rynku;
- pracodawcy pacjenta, jeśli świadczyliśmy usługi opieki zdrowotnej na żądanie pracodawcy w celu określenia choroby zawodowej lub obrażeń ciała odniesionych przy pracy;
- gdy jest to wymagane przez prawo do przeprowadzania audytów, śledztw, prowadzenia postępowania licencyjnego albo cywilnego lub karnego przez rządową agencję nadzorczą (na przykład do monitorowania przez władze federalne lub stanowe przestrzegania przepisów dotyczących opieki zdrowotnej lub praw obywatelskich);
- jeśli jest to wymagane w ramach procesu sądowego lub przez wezwanie sądowe, orzeczenie sądu lub inny proces prawny;
- służbom wymiaru sprawiedliwości w przypadkach przewidzianych prawem, jak na przykład do celów zgłoszenia ran postrzałowych oraz informacji na temat zbrodni, lub w odpowiedzi na nakaz sądowy, wezwanie sądowe, aresztowanie, wezwanie lub podobny proces;
- koronerom i/lub przedsiębiorcom pogrzebowym, zgodnie z prawem;
- aby zorganizować pobranie narządów lub tkanek;
- dla niektórych celów badawczych, gdy takie badania są zatwierdzone przez instytucjonalną komisję rewizyjną i przy ustalonych zasadach;
- w ograniczonych przypadkach, gdy podejrzewamy poważne zagrożenie dla zdrowia lub bezpieczeństwa danej osoby;
- dla potrzeb specjalnych organów rządowych, takich jak służby wojskowe, bezpieczeństwa państwa i ochrony prezydenta
- pracowniczym agencjom odszkodowawczym, jeśli jest to konieczne dla określenia wysokości odszkodowania dla pracowników, oraz

## OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRAKTYK OCHRONY PRYWATNOŚCI

- dla ujawnienia szkole karty szczepień, ale tylko wtedy, jeżeli rodzice/ opiekunowie prawni wyrazili na to zgodę ustnie lub na piśmie. (Jeżeli uczeń jest pełnoletni, może wyrazić zgodę).

### Szczególne ograniczenia stanowych lub federalnych przepisów prawa

Zastosowanie mogą mieć również specjalne zabezpieczenia, związane ze stanowymi lub federalnymi przepisami prawa, które służą jeszcze lepszej ochronie informacji o Państwa stanie zdrowia. Informacje zawarte w dokumentacji medycznej, które dotyczą zarażenia wirusem HIV, leczenia uzależnień lub niektóre zapisy dotyczące opieki psychiatrycznej, mogą wymagać wyraźnej pisemnej zgody na ich ujawnienie.

### Osoby niepełnoletnie

Ujawnianie informacji na temat stanu zdrowia osoby niepełnoletniej jest regulowane przepisami prawa stanu Connecticut. Dostęp rodziców do danych medycznych usamodzielnionej osoby nieletniej lub małoletniego dziecka, może być ograniczony, o ile małoletni nie wyrazi zgody na taki dostęp.

### Wykorzystywanie i ujawnianie na mocy pisemnego upoważnienia

W rzadkich przypadkach możemy wykorzystać lub ujawnić informacje o stanie zdrowia, ale zawsze będziemy musieli uzyskać Państwa wcześniejsze upoważnienie. Są to:

**Kontakty marketingowe** (o ile kontakty nie odbywają się bezpośrednio z pacjentem, jest to po prostu promocyjny podarunek o wartości nominalnej, przypomnienie o recepcie, ogólne informacje dotyczące zdrowia i kondycji lub komunikaty na temat produktów lub usług związanych ze zdrowiem, które oferujemy lub które są bezpośrednio powiązane z leczeniem pacjenta).

**Większość sprzedaży** informacji na temat Państwa zdrowia (chyba że jest to wymagane dla celów leczenia lub płatności albo wymagane przez prawo).

**Notatki z psychoterapii** (o ile nie jest to dozwolone lub wymagane przez prawo).

Wszelkie inne sposoby wykorzystania i ujawnienia informacji na temat zdrowia pacjenta, które nie są wymienione w niniejszym dokumencie lub dozwolone przez prawo, będą stosowane wyłącznie za Państwa pisemnym upoważnieniem. Państwa pisemne upoważnienie mówi nam, jakie informacje na temat Państwa stanu zdrowia chcą Państwo ujawnić, jaki jest tego powód oraz komu mamy wysłać te informacje. Upoważnienie posiada datę wygaśnięcia, a także można je anulować w dowolnym momencie, przygotowując informację na piśmie i przekazując ją pracownikowi działu zajmującego się ochroną danych. Jeśli anulują Państwo wcześniejsze upoważnienie, nie będziemy już wykorzystywać ani udostępniać informacji medycznych na Państwa temat, do celów podanych w pisemnym upoważnieniu. Przyjmują Państwo do wiadomości, że nie jesteśmy w stanie cofnąć ujawnień dokonanych przed anulowaniem przez Państwa upoważnienia, oraz że jesteśmy zobowiązani do zachowania kartoteki medycznej dotyczącej opieki, jaką Państwu zagwarantowaliśmy.

### **Prawa pacjenta dotyczące informacji o stanie zdrowia**

Pacjent ma następujące prawa dotyczące informacji o jego stanie zdrowia, które przechowujemy:

#### **Prawo do wglądu i kopiowania**

Pacjent ma prawo do wglądu i kopiowania informacji o swoim stanie zdrowia, które mogą być wykorzystane do podejmowania decyzji dotyczących opieki zdrowotnej. Zazwyczaj obejmuje to dokumentację medyczną oraz rozliczeniową, ale nie obejmuje notatek z psychoterapii. Wniosek należy złożyć w formie pisemnej do Działu Zarządzania Informacjami Medycznymi (Health Information Management). Wniosek musi być podpisany przez pacjenta lub jego osobistego przedstawiciela. Jeżeli pacjent prosi o kopię dokumentacji, możemy pobrać opłatę za koszty kopiowania, wysyłki lub innych materiałów związanych z rozpatrzeniem wniosku. W niektórych, bardzo ograniczonych przypadkach, możemy odrzucić wniosek o wgląd i kopię. Jeśli otrzymają Państwo odmowę dostępu do informacji medycznych, mogą Państwo poprosić o zweryfikowanie odmowy.

Jeśli Państwa informacje na temat zdrowia są przechowywane w formie elektronicznej, mogą Państwo uzyskać kopię elektroniczną tych informacji. Mogą Państwo polecić, aby kopia została przekazana bezpośrednio do wskazanego podmiotu lub osoby, pod warunkiem, że takie wyznaczenie jest wyraźne, widoczne i zawiera pełną nazwę/nazwisko oraz adres

## OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRAKTYK OCHRONY PRYWATNOŚCI

pocztowy lub inne informacje potrzebne do upewnienia się, że wysyłamy Państwa dokumentację do właściwej osoby/pod właściwy adres. Możemy obciążyć Państwa opłatą za naszą pracę i materiały wykorzystane do przygotowania kopii.

### **Prawo do wprowadzania zmian**

Jeśli uważają Państwo, że informacje medyczne na Państwa temat zawarte w Państwa dokumentacji są nieprawidłowe lub niekompletne, mogą Państwo zwrócić się do nas z wnioskiem o wprowadzenie zmian. Mają Państwo prawo do żądania wprowadzenia zmian tak długo, jak dane są przechowywane przez lub dla HSC. Nie mamy obowiązku wprowadzać wszystkich zmian objętych wnioskiem, ale każdy wniosek zostanie szczegółowo rozpatrzony. Wniosek pacjenta musi zostać złożony na piśmie i podpisany przez pacjenta lub jego osobistego przedstawiciela, a następnie przekazany pracownikowi działu zajmującego się ochroną danych. Należy podać powód złożenia wniosku. Ponadto możemy odrzucić wniosek, jeśli pacjent prosi o zmianę informacji, które:

- nie zostały utworzone przez nas, chyba że osoba lub podmiot, który utworzył te informacje nie jest już dostępny w celu wprowadzenia zmian;
- nie stanowią części osobistych informacji na temat zdrowia, przechowywanych przez lub dla HSC;
- nie stanowią części informacji, do których pacjent ma prawo wglądu i kopiowania; lub
- są dokładne i kompletne.

W przypadku wprowadzenia zmiany lub korekty, możemy również poinformować inne osoby/instytucje, które mogą posiadać kopie danych, jeśli jesteśmy przekonani, że takie powiadomienie jest konieczne.

### **Prawo do ewidencji ujawnień**

Pacjent ma prawo do złożenia wniosku o wydanie ewidencji dokonanych przez nas ujawnień jego danych medycznych. Lista nie obejmuje przypadków ujawnień dokonanych dla celów leczenia, płatności lub czynności związanych z opieką zdrowotną, oraz pewnych innych ujawnień (takich jak każde, o których dokonanie poprosił nas pacjent). Pacjent (lub jego prawny przedstawiciel) musi podpisać i przekazać pisemny wniosek pracownikowi działu CSC zajmującego się ochroną danych, wskazując okres, który nie może być dłuższy niż sześć lat przed datą złożenia wniosku. Pierwszy wykaz ujawnień, jaki pacjent otrzymuje w okresie 12 miesięcy, jest bezpłatny. Dodatkowe wnioski złożone w tym samym 12-miesięcznym okresie, mogą zostać obciążone uzasadnioną opłatą zależną od ewidencji. Pacjent zostanie wcześniej powiadomiony o wysokości kosztów, a następnie może zdecydować się wycofać lub zmodyfikować swój wniosek.

W przypadku złożenia wniosku o wydanie ewidencji ujawnień informacji na temat zdrowia pacjenta, które są przechowywane w postaci elektronicznej, wykaz obejmuje okres trzech lat do dnia złożenia wniosku..

### **Prawo do żądania ograniczenia**

Pacjent ma prawo do złożenia wniosku o ograniczenie wykorzystania lub ujawnienia informacji o jego stanie zdrowia przez nas, dokonywanego dla celów leczenia, płatności lub czynności związanych z opieką zdrowotną, poprzez dostarczenie podpisanego pisemnego wniosku pracownikowi działu zajmującego się ochroną danych. Wniosek musi zawierać wyjaśnienie: (1) jakie informacje pacjent chce ograniczyć; (2) czy pacjent chce ograniczyć wykorzystanie, czy ujawnianie przez nas informacji osobom trzecim, czy też oba; oraz (3) do kogo ma być zastosowane to ograniczenie - na przykład ujawnianie informacji małżonkowi. W większości przypadków nie musimy godzić się na spełnienie takiej prośby, ale postaramy się przychylić do uzasadnionych wniosków, w stosownych przypadkach. Zastrzegamy sobie prawo do wypowiedzenia ograniczenia, o ile jesteśmy przekonani, że takie wypowiedzenie jest właściwe. W przypadku wypowiedzenia, pacjent zostanie o nim powiadomiony. Pacjent również ma prawo do wypowiedzenia ograniczenia poprzez powiadomienie pracownika działu zajmującego się ochroną danych, w formie pisemnej lub ustnej. Z wyjątkiem wyłączeń, które są wymagane przez prawo, przychylimy się do każdego wniosku o ograniczenie ujawniania informacji ubezpieczycielowi pacjenta, jeżeli informacje, które mają zostać ujawnione odnoszą się wyłącznie do pozycji lub usługi opieki zdrowotnej, za które pacjent lub inna osoba w jego imieniu (z wyjątkiem ubezpieczyciela), zapłaciła w całości.

### **Prawo do papierowej kopii niniejszego dokumentu**

Pacjent ma prawo do otrzymania papierowej kopii niniejszego Oświadczenia, w dowolnym czasie, nawet jeśli wyraził zgodę na otrzymanie go drogą elektroniczną. Pacjent może pobrać kopię niniejszego Oświadczenia na naszej stronie internetowej, [www.hfsc.org](http://www.hfsc.org), lub poprosić o nią pracownika działu zajmującego się ochroną danych, dzwoniąc pod numer (860) 827-4822 lub wysyłając wiadomość e-mail na adres [PrivacySecurityOffice@hfsc.org](mailto:PrivacySecurityOffice@hfsc.org).

### **Zmiany do niniejszego Oświadczenia**

## OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRAKTYK OCHRONY PRYWATNOŚCI

Mamy obowiązek przestrzegać warunków podanych w obowiązującej obecnie wersji niniejszego Oświadczenia, ale zastrzegamy sobie prawo do wprowadzania zmian warunków oraz wprowadzenia w życie nowej wersji, obowiązującej dla wszystkich informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta, które znajdują się w naszym posiadaniu, a także innych informacji, które otrzymamy po dacie wejścia w życie nowej wersji Oświadczenia.

### Zgłoszenie naruszenia

W mało prawdopodobnym przypadku naruszenia bezpieczeństwa Państwa „niezabezpieczonych chronionych informacji zdrowotnych” (zgodnie z definicją zawartą w prawie federalnym), zostaną Państwo o tym powiadomieni, a także przekazemy Państwu informacje na temat kroków, które można podjąć, aby zabezpieczyć się przed szkodami, jakie mogą wystąpić w wyniku nieuprawnionego wykorzystania Państwa danych osobowych.

### Skargi

Jeżeli uważają Państwo, że Państwa prawa do prywatności zostały naruszone, mogą Państwo złożyć skargę, wysyłając pismo na ręce pracownika działu zajmującego się ochroną danych, pod adresem: CSC Privacy Officer, 2150 Corbin Avenue, New Britain, CT 06053, dzwoniąc na numer (860) 827-4822 lub drogą elektroniczną na adres: [PrivacySecurityOffice@hfsc.org](mailto:PrivacySecurityOffice@hfsc.org). Mogą Państwo złożyć skargę na ręce Sekretarza Amerykańskiego Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej, wysyłając pismo na adres: U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20201, dzwoniąc na numer: 1-877-696-6775 lub poprzez stronę [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).

**Prosimy nie obawiać się z naszej strony odwetu za złożenie skargi.**

**Niniejsze Oświadczenie dotyczące praktyk ochrony prywatności wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2018 r.**

**Data pierwszej publikacji: 14.04.2003 r.**

**Aktualizacje: 01.09.2003 r.; 07.02.2007 r.; 09.09.2009 r.; 22.07.2013 r.; 06.09.2013 r.; 05.08.2016 r.; 02.01.2018 r.**