

ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ

Αυτή η ειδοποίηση περιγράφει πώς μπορούν να χρησιμοποιηθούν και να αποκαλυφθούν ιατρικές πληροφορίες για εσάς και πώς μπορείτε να αποκτήσετε πρόσβαση σε αυτές τις πληροφορίες. Ελέγξτε το προσεκτικά.

Αυτή η ειδοποίηση τίθεται σε ισχύ στις 14 Απριλίου 2003 και παραμένει σε ισχύ μέχρι να την αντικαταστήσουμε.

1. Η ΔΕΣΜΕΥΣΗ ΜΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Το απόρρητο των ιατρικών σας πληροφοριών είναι σημαντικό για εμάς. Κατανοούμε ότι οι ιατρικές σας πληροφορίες είναι προσωπικές και δεσμευόμαστε να τις προστατεύσουμε. Δημιουργούμε αρχείο της φροντίδας και των υπηρεσιών που λαμβάνετε στο γραφείο μας. Χρειαζόμαστε αυτό το αρχείο για να σας παρέχουμε ποιοτική φροντίδα και να συμμορφωνόμαστε με ορισμένες νομικές απαιτήσεις. Αυτή η ειδοποίηση θα σας ενημερώσει για τους τρόπους που μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε και θα μοιραστούμε ιατρικές πληροφορίες για εσάς. Περιγράφουμε επίσης τα δικαιώματά σας και ορισμένες υποχρεώσεις που έχουμε σχετικά με τη χρήση και την αποκάλυψη ιατρικών πληροφοριών.

2. ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΜΑΣ ΚΑΘΗΚΟΝ

Ο νόμος μας απαιτεί:

1. Κρατήστε τις πληροφορίες του ιατρικού σας αρχείου απόρρητες.
2. Σας δίνουμε αυτήν την ειδοποίηση που περιγράφει τις νομικές μας υποχρεώσεις, τις πρακτικές απορρήτου και τα δικαιώματά σας σχετικά με τις ιατρικές σας πληροφορίες.
3. Ακολουθήστε τους όρους της ειδοποίησης που δεν ισχύει.

Έχουμε το δικαίωμα να:

1. Αλλάξτε τις πρακτικές απορρήτου μας και τους όρους αυτής της ειδοποίησης ανά πάσα στιγμή, υπό την προϋπόθεση ότι οι αλλαγές επιτρέπονται από το νόμο.
2. Κάντε τις αλλαγές στις πρακτικές απορρήτου μας και τους νέους όρους της ειδοποίησής μας σε ισχύ για όλες τις ιατρικές πληροφορίες που διατηρούμε, συμπεριλαμβανομένων των πληροφοριών που δημιουργήθηκαν ή λάβαμε προηγουμένως πριν από τις αλλαγές.

Ειδοποίηση αλλαγής στις πρακτικές απορρήτου:

1. Πριν κάνουμε μια σημαντική αλλαγή στις πρακτικές απορρήτου μας, θα αλλάξουμε αυτήν την ειδοποίηση και θα κάνουμε τη νέα ειδοποίηση διαθέσιμη κατόπιν αιτήματος.

3. ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΑΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

Η παρακάτω ενότητα περιγράφει διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους χρησιμοποιούμε και αποκαλύπτουμε ιατρικές πληροφορίες. Δεν θα αναφέρεται κάθε χρήση ή αποκάλυψη. Ωστόσο, έχουμε παραθέσει όλους τους διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους επιτρέπεται να χρησιμοποιούμε και να αποκαλύπτουμε ιατρικές πληροφορίες. Δεν θα χρησιμοποιήσουμε ούτε θα αποκαλύψουμε τις ιατρικές σας πληροφορίες για οποιονδήποτε σκοπό που δεν αναφέρεται παρακάτω, χωρίς τη συγκεκριμένη γραπτή εξουσιοδότηση σας. Οποιαδήποτε συγκεκριμένη γραπτή εξουσιοδότηση που παρέχετε μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή, γράφοντάς μας.

ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ: Ενδέχεται να χρησιμοποιήσουμε ιατρικές πληροφορίες σχετικά με εσάς για να σας παρέχουμε ιατρική θεραπεία ή υπηρεσίες. Ενδέχεται να αποκαλύψουμε ιατρικές πληροφορίες για εσάς σε γιατρούς, νοσηλευτές, τεχνικούς, φοιτητές ιατρικής ή άλλα άτομα που σας φροντίζουν. Ενδέχεται επίσης να μοιραστούμε ιατρικές πληροφορίες σχετικά με εσάς στους άλλους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης για να τους βοηθήσουμε στη θεραπεία σας.

ΓΙΑ ΠΛΗΡΩΜΗ: Ενδέχεται να χρησιμοποιήσουμε και να αποκαλύψουμε τις ιατρικές σας πληροφορίες για σκοπούς πληρωμής και για τη λήψη εξουσιοδότησης για χειρουργικές επεμβάσεις και συνταγές.

ΓΙΑ ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ: Ενδέχεται να χρησιμοποιήσουμε ιατρικές πληροφορίες σχετικά με εσάς για να ειδοποιήσουμε ένα μέλος της οικογένειάς, τον προσωπικό σας εκπρόσωπο ή άλλο άτομο που είναι υπεύθυνο για τη φροντίδα σας. Εάν είστε παρόντες, θα λάβουμε την άδειά σας εάν είναι δυνατόν, προτού κοινοποιήσουμε οποιαδήποτε πληροφορία ή σας δώσουμε την ευκαιρία να αρνηθείτε την άδεια. Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης και εάν δεν είστε σε θέση να δώσετε ή να αρνηθείτε την άδεια, θα κοινοποιήσουμε μόνο τις πληροφορίες υγείας που είναι άμεσα απαραίτητες για την υγειονομική σας περίθαλψη, σύμφωνα με την επαγγελματική μας κρίση. Θα χρησιμοποιήσουμε επίσης την επαγγελματική μας κρίση για να λάβουμε αποφάσεις προς το συμφέρον σας σχετικά με το να επιτρέψετε σε κάποιον να παραλάβει φάρμακα, ιατρικές προμήθειες, ακτινογραφία ή ιατρικές πληροφορίες για εσάς.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ: Όπως απαιτείται από τη νομοθεσία, ενδέχεται να αποκαλύψουμε τις ιατρικές σας πληροφορίες στη δημόσια υγεία ή στις νομικές αρχές που είναι επιφορτισμένες με την πρόληψη ή τον έλεγχο ασθενειών, τραυματισμών ή αναπηρίας, συμπεριλαμβανομένης της κακοποίησης ή της παραμέλησης παιδιών. Εμείς μπορεί επίσης, όταν είμαστε εξουσιοδοτημένοι από το νόμο να το πράξουμε, να ειδοποιήσουμε ένα άτομο που μπορεί να έχει εκτεθεί σε μεταδοτική ασθένεια ή με άλλον τρόπο να κινδυνεύει να προσβληθεί ή να εξαπλωθεί μια ασθένεια ή πάθηση.

ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΕΡΓΑΤΩΝ: Ενδέχεται να αποκαλύψουμε ιατρικές πληροφορίες όταν είμαστε εξουσιοδοτημένοι και απαραίτητοι για τη συμμόρφωση με τους νόμους που σχετίζονται με τις αποζημιώσεις των εργαζομένων ή άλλα παρόμοια προγράμματα.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ: Υπό ορισμένες συνθήκες, ενδέχεται να αποκαλύψουμε πληροφορίες υγείας σε αξιωματούχους επιβολής του νόμου. Αυτές οι περιστάσεις περιλαμβάνουν αναφορά που απαιτείται από ορισμένους νόμους (όπως η αναφορά ορισμένων τύπων τραυμάτων), σύμφωνα με ορισμένες κλήσεις ή δικαστικές εντολές, αναφορά περιορισμένων πληροφοριών σχετικά με την ταυτότητα και την τοποθεσία κατόπιν αιτήματος ενός αξιωματούχου επιβολής του νόμου, αναφορά θανάτου, εγκλημάτων στις εγκαταστάσεις μας και εγκλημάτων σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ: Ενδέχεται να χρησιμοποιήσουμε τα προσωπικά σας στοιχεία (όνομα και διεύθυνση) για να σας ειδοποιήσουμε για τις υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες στο γραφείο μας που μπορεί να σας ενδιαφέρουν. Ενδέχεται επίσης να χρησιμοποιήσουμε τις πληροφορίες σας για να σας παρουσιάσουμε επίσημα νέους γιατρούς στο ιατρείο μας.

4. ΤΑ ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΑΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Έχετε το δικαίωμα να:

1. Δείτε ή λάβετε αντίγραφα των ιατρικών σας πληροφοριών. Μπορείτε να ζητήσετε να παρέχουμε αντίγραφα σε μορφή διαφορετική από φωτοτυπίες. Θα χρησιμοποιήσουμε τη μορφή που ζητάτε, εκτός εάν δεν είναι πρακτικό για εμάς να το κάνουμε. Πρέπει να υποβάλετε το αίτημά σας γραπτώς. Εάν ζητήσετε αντίγραφα, θα σας χρεώσουμε 1,00 \$ για κάθε σελίδα και ταχυδρομικά τέλη εάν θέλετε τα αντίγραφα να σας ταχυδρομηθούν.
2. Λάβετε μια λίστα με όλες τις φορές που κοινοποιήσαμε τις ιατρικές σας πληροφορίες για άλλους σκοπούς εκτός από τη θεραπεία, την πληρωμή και τις επεμβάσεις υγειονομικής περίθαλψης.
3. Ζητήστε να θέσουμε πρόσθετους περιορισμούς στη χρήση ή την αποκάλυψη των ιατρικών σας πληροφοριών. Δεν απαιτείται να συμφωνήσουμε με αυτούς τους πρόσθετους περιορισμούς, αλλά αν το κάνουμε, θα τηρήσουμε τη συμφωνία μας (εκτός από την περίπτωση έκτακτης ανάγκης).
4. Ζητήστε να επικοινωνήσουμε μαζί σας σχετικά με τις ιατρικές σας πληροφορίες με διαφορετικά μέσα ή σε διαφορετικές τοποθεσίες. Το αίτημά σας να σας κοινοποιήσουμε τις ιατρικές πληροφορίες σας με διαφορετικά μέσα ή σε διαφορετικές τοποθεσίες πρέπει να υποβληθεί γραπτώς.
5. Ζητήστε να αλλάξουμε τα ιατρικά σας στοιχεία. Ενδέχεται να αρνηθούμε το αίτημά σας εάν δεν δημιουργήσαμε τις πληροφορίες που θέλετε να αλλάξουν ή για ορισμένους άλλους λόγους. Εάν αρνηθούμε το αίτημά σας, θα σας παράσχουμε γραπτή εξήγηση. Μπορείτε να απαντήσετε με μια δήλωση διαφωνίας που θα προστεθεί στις πληροφορίες που θέλατε να αλλάξετε. Εάν αποδεχθούμε το αίτημά σας για αλλαγή των πληροφοριών, θα καταβάλουμε εύλογες προσπάθειες να ενημερώσουμε άλλους, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων που ονομάζετε, για την αλλαγή και να συμπεριλάβουμε τις αλλαγές σε οποιαδήποτε μελλοντική κοινοποίηση των πληροφοριών.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΠΟΝΑ

Εάν έχετε οποιοσδήποτε ερωτήσεις σχετικά με αυτήν την ειδοποίηση ή εάν πιστεύετε ότι ενδέχεται να έχουμε παραβιάσει τα δικαιώματα απορρήτου σας, επικοινωνήστε μαζί μας. Μπορείτε επίσης να υποβάλετε γραπτή καταγγελία στο Υπουργείο Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών των ΗΠΑ. Δεν θα ανταποδώσουμε με κανέναν τρόπο εάν επιλέξετε να υποβάλετε καταγγελία.

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ

ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ

Έχω λάβει την Ειδοποίηση πρακτικών απορρήτου και μου δόθηκε η ευκαιρία να την αναθεωρήσω.

Όνομα: _____ Ημερομηνία γέννησης: _____

Υπογραφή: _____ Ημερομηνία: _____

Παρακαλούμε αναφέρετε τα ονόματα οποιουδήποτε ατόμου(ων) που ενδέχεται να ενημερώσουμε για την ιατρική σας κατάσταση (συμπεριλαμβανομένης της θεραπείας, της πληρωμής και των επεμβάσεων υγειονομικής περίθαλψης).

Όνομα: _____ Σχέση: _____

Όνομα: _____ Σχέση: _____