

OŚWIADCZENIE O ZACHOWANIU POUFNOŚCI

NINIEJSZE POWIADOMIENIE OKREŚLA SPOSÓB WYKORZYSTANIA I UJAWNIANIA DANYCH DOTYCZĄCYCH ZDROWIA I NARKOTYKÓW LUB ALKOHOLU ORAZ SPOSOBY UZYSKANIA DOSTĘPU DO TAKICH DANYCH. PROSIMY O DOKŁADNE ZAPOZNANIE SIĘ Z JEGO TREŚCIĄ.

Informacje ogólne

Informacje dotyczące Pana/Pani leczenia, w tym opłata za opiekę, są chronione przez dwa prawa federalne: Ustawę o przenośności i odpowiedzialności w ubezpieczeniach zdrowotnych z 1996 r. (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) oraz Prawo o zachowaniu poufności**. Zgodnie z tymi przepisami program nie może udzielić osobom spoza programu informacji dotyczących Pana/Pani udziału w programie, ujawniać informacji identyfikujących Pana/Panią jako osobę uzależnioną od alkoholu lub narkotyków, ani ujawniać innych chronionych informacji, z wyjątkiem informacji dozwolonych przez wymienione poniżej prawo federalne.

Przed ujawnieniem informacji o Panu/Pani w celach płatniczych program musi Pan/Pani uzyskać pisemną zgodę. Na przykład, program musi uzyskać Pana/Pani pisemną zgodę przed ujawnieniem informacji Pana/Pani ubezpieczycielowi w celu uzyskania płatności za wykonane usługi. Ogólnie rzecz biorąc, musi Pan/Pani podpisać pisemną zgodę również zanim program będzie mógł udostępniać informacje dla celów leczniczych lub działań związanych z opieką zdrowotną. Prawo federalne pozwala jednak programowi na ujawnienie informacji w następujących przypadkach bez Pana/Pani pisemnej zgody:

1. Personelowi medycznemu programu w celu zapewnienia leczenia oraz włączenia do akt medycznych;
2. Na podstawie umowy z partnerem biznesowym (np. laboratoria kliniczne, apteki, usługi przechowywania dokumentacji, usługi rozliczeniowe);
3. W celach badawczych, kontroli lub oceny (np. Przegląd licencji stanowych, akredytacja, raport danych programu wymagany przez stan i/lub rząd federalny);
4. W celu zgłoszenia przestępstwa popełnionego na obszarze, na którym odbywa się program lub przestępstwa przeciwko personelowi programu;
5. Personelowi medycznemu w nagłym wypadku medycznym/psychiatrycznym;
6. Odpowiednim służbom w celu zgłoszenia podejrzenia przemocy lub zaniedbania wobec dzieci;
7. W celu zgłoszenia niektórych chorób zakaźnych zgodnie z wymogami prawa stanowego;
8. Zgodnie z nakazem sądowym.

Zanim program wykorzysta lub ujawni jakiegokolwiek informacje dotyczące Pana/Pani zdrowia w sposób, który nie został opisany powyżej, musi uzyskać konkretną pisemną zgodę, pozwalającą na ujawnienie. Każda taka zgoda może zostać przez Pana/Panią pisemnie odwołana. (UWAGA: Odwołanie zgody na udostępnienie informacji sądowi, Departamentowi Nadzoru Kuratorskiego, kuratorowi itd. może naruszać postanowienia umowy zawartej przez Pana/Panią z tą organizacją. Takie naruszenie może skutkować dla Pana/Pani konsekwencjami prawnymi.)

OŚWIADCZENIE O ZACHOWANIU POUFNOŚCI

*** 42 U.S.C. § 130d et. seq., 45 C.F.R. (Kodeksu Przepisów Federalnych). Części 160 & 164**
**** 42 U.S.C. § 290dd-2, 42 C.F.R. Część 2**

Pana/Pani prawa

- Zgodnie z HIPAA ma Pan/Pani prawo zażądać ograniczenia pewnych sposobów wykorzystania i ujawniania informacji dotyczących Pana/Pani zdrowia i leczenia. Program nie musi wyrażać zgody na żądane przez Pana/Panią ograniczenia, ale jeśli wyrazi na nie zgodę, jest związany niniejszą umową i nie może wykorzystywać ani ujawniać żadnych informacji zastrzeżonych przez Pana/Panią, z wyjątkiem sytuacji, gdy jest to konieczne w przypadku nagłego wypadku medycznego.
- Ma Pan/Pani prawo zażądać, abyśmy komunikowali się z Panem/Panią za pośrednictwem uzasadnionych alternatywnych metod lub w alternatywnej lokalizacji (np. pod innym adresem). Program zastosuje się do takich żądań, które są uzasadnione i nie będzie wymagał od Pana/Pani żadnych wyjaśnień.
- Zgodnie z HIPAA ma Pan/Pani również prawo do wglądu i kopiowania własnych informacji dotyczących zdrowia i leczenia przechowywanych przez program, z wyjątkiem przypadków, w których informacje te obejmują notatki z psychoterapii lub informacje te przeznaczone są do wykorzystania w postępowaniu cywilnym, karnym lub administracyjnym lub zostały zebrane na podstawie innych ograniczonych okoliczności.
- Zgodnie z HIPAA ma Pan/Pani również prawo, z nielicznymi wyjątkami, uzupełniać informacje dotyczące zdrowia przechowywane przez program oraz zażądać i otrzymać zestawienie ujawnień dotyczących Pana/Pani informacji zdrowotnych zebranych przez program w ciągu sześciu (6) lat przed złożeniem przez Pana/Panią wniosku.
- Jeśli wniosek dotyczący któregoś z powyższych zostanie odrzucony, ma Pan/Pani prawo zwrócić się do Administratora programu o rewizję odrzucenia.
- Aby złożyć którykolwiek z powyższych wniosków, należy wypełnić odpowiedni formularz, który zostanie dostarczony Panu/Pani przez program.
- Ma Pan/Pani również prawo do uzyskania papierowej kopii niniejszego powiadomienia.

Wykorzystanie informacji na Pana/Pani temat w tym programie

W celu zapewnienia Panu/Pani jak najlepszej opieki, program będzie wykorzystywał informacje dotyczące Pana/Pani zdrowia lub leczenia w następujący sposób:

- Do komunikacji pomiędzy personelem programu (w tym studentami i stażystami) w celach związanych z potrzebami leczenia, planowaniem leczenia, raportowaniem i przeglądem postępów, nadzorem nad personelem, zgłaszaniem incydentów, podawaniem leków, operacjami

OŚWIADCZENIE O ZACHOWANIU POUFNOŚCI

rozliczeniowymi, prowadzeniem dokumentacji medycznej, planowaniem wypisu i innymi procesami związanymi z leczeniem.

- Do komunikacji z Partnerami Biznesowymi takimi jak laboratoria kliniczne (badania krwi, badania moczu), usługi żywieniowe (specjalne potrzeby żywieniowe), agencje świadczące usługi na miejscu (wykłady, terapia grupowa), długoterminowe przechowywanie danych.
- Do zgłaszania danych do Biura ds. Zwalczania Alkoholizmu i Nadużywania Substancji stanu Nowy Jork (NYS Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, NYS OASAS).

Obowiązki programu

Program ma prawny obowiązek chronić prywatność danych dotyczących Pana/Pani zdrowia, a także przekazać Panu/Pani powiadomienie o obowiązkach prawnych i procedurach ochrony prywatności, które stosujemy w odniesieniu do danych dotyczących zdrowia. Program jest prawnie zobowiązany do przestrzegania warunków niniejszego powiadomienia. Program zastrzega sobie prawo do zmiany warunków tego powiadomienia oraz do wprowadzenia nowych postanowień dotyczących powiadomienia w odniesieniu do wszelkich przechowywanych chronionych informacji zdrowotnych. Program dostarczy obecnym pacjentom zaktualizowaną wersję powiadomienia, a byłym pacjentom, których to dotyczy, nowe powiadomienia, gdy w powiadomieniu zostaną wprowadzone istotne zmiany.

Zażalenia oraz zgłaszanie naruszeń

Pacjenci mają prawo składać skargi dotyczące poufności oraz prywatności swoich informacji zdrowotnych. Pacjent może wypełnić Formularz zażeń dotyczących prywatności (na odwrocie tego formularza) i przesłać go na adres:

- Administrator ATC;
- Bureau of Addictions Treatment Centers, 1450 Western Avenue, Albany, NY 12203; lub
- OASAS Privacy Official., 1450 Western Avenue, Albany, NY 12203.

Skarga zostanie rozpatrzona przez odpowiednią osobę, w zależności od natury skargi. Osoba ta wypełni Formularz rozpatrzenia zażeń dotyczących prywatności. Kopie zostaną przesłane do OASAS Privacy Official, 1450 Western Avenue, Albany, NY 12203.

Pacjent może również zgłosić skargę do:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services,
Jacob Javits Federal Building
26 Federal Plaza--Suite 3313
New York, New York, 10278

Telefon głosowy (212) 264-3313.
FAKS (212) 264-3039.
TDD (212) 264-2355

Infolinia Biura Spraw Obywatelskich (OCR) - głosowa: 1-800-368-1019

OŚWIADCZENIE O ZACHOWANIU POUFNOŚCI

Nie zostanie Pan/Pani ukarany/-a za złożenie skargi.

Naruszenie Prawa o zachowaniu poufności przez program jest przestępstwem. Domniemane naruszenia ustawy o poufności można zgłosić Prokuratorowi Stanów Zjednoczonych w okręgu, w którym doszło do naruszenia.

Data wejścia w życie: 4/14/03

OŚWIADCZENIE O ZACHOWANIU POUFNOŚCI

Ja, _____, otrzymałem/-am kopię powiadomienia o zachowaniu poufności
i wyjaśniono mi je.

Podpis

Data

Podpis rodzica/opiekuna (jeśli jest wymagany)

Data