



AVISO SOBRE PRÁTICA DE PRIVACIDADE

Data Efetiva: 14 de abril de 2003

ESTE AVISO DESCREVE COMO AS INFORMAÇÕES MÉDICAS SOBRE VOCÊ PODEM SER USADAS E EXPOSTAS E COMO VOCÊ PODE TER ACESSO A ESTAS INFORMAÇÕES. POR FAVOR LEIA COM ATENÇÃO.

RESUMO

Este resumo do Aviso Sobre Prática de Privacidade está incluído aqui para sua conveniência. Por favor, leia o Aviso Sobre Prática de Privacidade para obter detalhes completos.

Quando você recebe assistência em qualquer parte da Aliança de Saúde de Cambridge, as pessoas que lhe dão atendimento médico criam uma ficha médica (relatório médico). A ficha tem informação sobre o seu histórico médico, exames que você fez, atendimento médico que você recebeu e como você respondeu ao tratamento. Nós também temos relatórios sobre cobranças e pagamentos. A ficha médica e o relatório de cobrança contém informações médicas protegidas ou *PHI*. Este aviso lhe informa como nós usamos e compartilhamos o seu *PHI* e quais os direitos que você tem.

Seção A: Informações que podemos compartilhar sem a sua permissão

1. Podemos usar informações médicas sobre você para lhe dar tratamento.

As pessoas que lhe dão assistência precisam saber sobre os seus problemas de saúde para que possam lhe dar assistência segura e completa. Alguns exemplos de como usamos e compartilhamos informações são:

- Se você tem diabetes, o dietista precisa saber disso para ajudá-lo a planejar sua alimentação de uma maneira que seja segura para você.
- Se você estiver hospitalizado, talvez compartilhem informações com o médico que você consulta regularmente para ajudar no seu tratamento depois que você sair do hospital.

2. Podemos compartilhar informações médicas sobre você para que sejamos pagos pelo tratamento que lhe demos.

Por exemplo, podemos compartilhar informações sobre você com a sua companhia de seguro para que sejamos pagos pelo atendimento médico que você recebeu. Podemos também compartilhar estas informações para receber aprovação do seu seguro antes de você receber tratamento (aprovação antecipada). Desta maneira saberemos que eles pagarão pelo seu atendimento médico.

3. Podemos usar e compartilhar informações médicas sobre você a fim de melhorar o atendimento para todos os pacientes. Por exemplo, para treinar médicos e outros profissionais de saúde e estudantes

This Notice is available in Portuguese, Spanish, Italian, Haitian Creole and Vietnamese.
Please call 617-665-1426 if you would like an interpreter to translate this for you in another language.

ou para verificar como foi o atendimento que você recebeu e como podemos melhorar este atendimento no futuro.

4. Podemos compartilhar informações para o Diretório do Hospital.

Podemos incluir o seu nome, localização, condição de saúde e religião na lista de pacientes do hospital. Compartilharemos onde você está internado e sua condição de saúde com qualquer pessoa que perguntar por você usando seu nome. Deixamos somente o clero ver qual é a sua religião. Se você nos pedir, não o incluiremos na lista. Não avisamos a ninguém que você está no hospital se estiver internado em uma unidade psiquiátrica.

5. Podemos usar ou compartilhar informações sobre você por você ter sido atendido aqui.

- para contatar você sobre uma consulta;
- para pedir a você uma doação para a Aliança de Saúde de Cambridge. Se você não quiser receber estes pedidos, telefone para o nosso Escritório de Levantamento de Verbas (617) 306-8754;
- para informar alguém que ajuda a pagar pelo seu tratamento;
- para avisar aos seus parentes, amigos íntimos ou outras pessoas envolvidas em seu tratamento, mas somente se você nos der permissão para compartilhar esta informação. Se você não for capaz de dar a permissão, faremos o que acharmos melhor para você; ou
- para assegurar as agências de saúde que estamos seguindo as regras de programas como o Medicare ou Medicaid

6. Compartilhamos informações para atividades de saúde pública.

Como exemplo, por favor veja a Seção III.E no Aviso Sobre Privacidade.

7. Compartilhamos informações para fins legais.

- quando temos que responder a uma ordem legal ou a um outro processo de lei.
- quando somos obrigados por lei a avisar a polícia ou outras organizações que trabalham com a lei, ou quando somos ordenados por um júri ou intimados.

8. Também usamos e compartilhamos informações.

- com programas de doadores, se você estiver doando ou precisando de um órgão, olhos ou tecidos;
- com examinadores médicos ou investigadores de casos de morte ou homicídio para ajudar a identificar um corpo ou descobrir a causa da morte; ou
- com diretores de funerárias para ajudá-los a cumprirem seus trabalhos.

9. Podemos usar e compartilhar informações para pesquisas.

Podemos usar ou compartilhar o seu *PHI* sem o seu consentimento ou autorização se a nossa Junta de Revisão Institucional (*Institutional Review Board*) aprovar o aval de autorização para liberação de informação.

10. Podemos usar e compartilhar informações sobre você.

- Para prevenir ou diminuir uma ameaça grave a você ou outras pessoas;
- Se você estiver no exército, como requerido pelas leis militares;
- Se você for um prisioneiro, para a instituição onde você está preso ou aos oficiais da lei;
- Para relatar o resultado de um exame pedido pelo fórum; ou
- Para seguir as leis de motivo de segurança nacional.

11. Usamos e compartilhamos informações como requerido por outras leis não mencionadas acima.

Seção B: Informações que podemos usar ou compartilhar somente se você nos der autorização por escrito.

- 1. Para qualquer propósito não mencionado na Seção A.** Por exemplo, antes que possamos enviar informações para a sua companhia de seguro de vida.
- 2. Para enviar a você materiais de propaganda.** Porém, não precisamos da sua autorização por escrito se dermos material de propaganda quando estivermos frente a frente com você; ou se dermos a você um presente de muito pouco valor; ou quando informamos você sobre nossos produtos ou serviços para sua assistência ou tratamento.
- 3. Usar ou compartilhar qualquer Informação Altamente Confidencial.** Seguimos as leis federais e estaduais que requerem proteção especial de privacidade quando usamos ou compartilhamos este tipo de informação. Para exemplos, por favor veja a Seção IV.C no Aviso Sobre Privacidade.

Seção C: Você tem direitos sobre sua informação médica

- 1. Se você achar que não mantemos a sua privacidade de acordo com a lei, você tem o direito de reclamar.** Você pode entrar em contato com o nosso Escritório de Assuntos dos Pacientes (*Patient Relations Office*) no número (617) 665-1398. Você também pode reclamar ao Diretor, Escritório de Direitos Cíveis do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos. Se você fizer uma reclamação isto não mudará a maneira com que o tratamos.
- 2. Você pode nos pedir, por escrito, para limitar o número de pessoas que recebe informações sobre você.** Não somos obrigados a concordar com o seu pedido. Se concordarmos, faremos o que você pediu, a não ser que exista uma razão de emergência que nos faça compartilhar as informações.
- 3. Você pode nos pedir, por escrito, para contatar você de uma maneira confidencial.** Você não precisa nos dar o motivo para isso.
- 4. Se você assinou uma autorização, você pode cancelá-la.** Você precisa assinar um formulário para isso. Não podemos fazer nada sobre as informações que já tenham sido compartilhadas com terceiros, mas nenhuma informação será compartilhada depois que você nos der o formulário assinado.
- 5. Você pode ver e receber uma cópia das informações médicas que estiverem sendo usadas para tomar as decisões sobre o seu tratamento.** Isto inclui relatórios médicos e de cobrança. Você tem que assinar um formulário de requerimento que pode ser obtido no HIM/Departamento de Relatórios Médicos. Se você quiser cópias, cobraremos uma taxa razoável para isso. Nós também cobraremos os custos do correio se você quiser que enviemos as cópias para você. Em alguns casos, talvez não possamos deixar você ver ou copiar a sua ficha médica. Se isto acontecer, lhe informaremos o porquê. Se a lei permitir, você pode pedir para que uma outra pessoa revise o seu pedido. Seguiremos a decisão da pessoa que revisar o pedido.
- 6. Você pode nos pedir para fazer mudanças na sua ficha se você achar que a informação que**

temos está errada ou incompleta. Você tem que fazer o seu pedido por escrito e dar o motivo pelo qual você quer fazer as mudanças. Faremos a mudança, a não ser se acharmos que a informação que você queira mudar esteja completa e correta.

7. Você pode pedir uma lista das pessoas com quem compartilhamos informações e também saber quando a informação foi dada. Você tem que fazer este pedido por escrito. Você pode obter uma lista que cobre até os 6 anos anteriores, mas não pode ser datas antes de 14 de abril de 2003.

8. Você pode receber quando desejar uma cópia de nosso Aviso Sobre Prática de Privacidade.

Seção D: Duração do Aviso Sobre Prática de Privacidade

Nós podemos mudar os termos do Aviso. Seus direitos à privacidade podem mudar se as leis mudarem. Quando isto acontecer, faremos as mudanças no Aviso e o colocaremos em um local que você possa ler. O novo Aviso será usado para todas as informações que tivermos sobre você. Você também pode obter uma cópia do novo Aviso telefonando para o Escritório de Privacidade (*Privacy Office*) no número (617) 665-1227.

Seção E: Departamento de Privacidade

Por favor veja a seção VII no Aviso Sobre Privacidade para obter o endereço e o número de telefone do Escritório de Prática de Privacidade.

AVISO SOBRE PRÁTICA DE PRIVACIDADE

I. Quem somos nós

Este aviso descreve a prática de privacidade da Aliança de Saúde de Cambridge (*the Alliance*) e dos membros relacionados a esta organização de saúde.

- A Aliança de Saúde de Cambridge é formada pelo Hospital de Cambridge, Hospital de Somerville, Hospital Whidden Memorial, clínicas de ambulatório destes hospitais, centros de saúde comunitários e outros serviços e programas de assistência médica. Por favor, veja a última página deste Aviso para obter uma lista completa das instituições da Aliança de Saúde de Cambridge.
- Departamento de Saúde Pública de Cambridge
- Além destes, as seguintes entidades participam com a Aliança de Saúde de Cambridge formando um arranjo organizado de atendimento médico, para fornecer serviços de assistência médica aos pacientes da Aliança de Saúde de Cambridge.
 1. Médicos independentes ou com consultórios particulares e profissionais de saúde aliados que foram aceitos como membros da equipe médica da Aliança de Saúde de Cambridge e que trabalham como membros da equipe da Aliança de Saúde de Cambridge fornecendo atendimento médico a você e melhorando as nossas operações de atendimento médico.
 2. Para os nossos pacientes que são membros de certos planos de saúde (por ex.: Tufts Health Plan e Harvard Pilgrim Health Plan) a Aliança de Saúde de Cambridge trabalha em união com a Associação de Médicos Independentes Mt. Auburn Cambridge (*Mt. Auburn Cambridge Independent Practitioners Association (MACIPA)*) e o Seguro de Saúde Partners Community (*Partners Community Health Care, Inc. (PCHI)*). Estas organizações trabalham com a *the Alliance* para melhorar a assistência médica que você recebe através das seguintes atividades: melhoramento da qualidade, gerenciamento de utilização, gerenciamento de finanças e de contratos e gerenciamento de casos.

Quem Seguirá Este Aviso

- Todos os membros da Equipe de Trabalho da *the Alliance* inclusive médicos, enfermeiros, outros profissionais de saúde, outros empregados, funcionários e voluntários.
- Todos os membros da Equipe Médica da *the Alliance* e outras pessoas que participam da organização de saúde da *the Alliance*.

II. Nossas Obrigações de Privacidade Sobre Informações de Saúde Protegidas (*PHI*)

Somos obrigados por lei a manter confidencialmente as informações sobre sua saúde e fornecer a você este Aviso sobre nossas obrigações legais e prática de privacidade com respeito as suas Informações Médicas Protegidas (*PHI*). Quando usamos ou liberamos as suas *PHI*, somos obrigados a seguir os termos deste Aviso (ou qualquer aviso revisado em efeito no momento do uso ou liberação de informação).

III. Usos e Liberação Que Não Requerem Sua Autorização Por Escrito

A Aliança de Saúde de Cambridge respeita o seu direito de manter confidenciais suas informações médicas e pessoais. Porém, as vezes, precisamos usar estas informações a fim de manter nossos negócios e oferecer a você um atendimento médico de qualidade. Em certas situações, que serão descritas na Seção IV abaixo, teremos que obter a sua autorização por escrito antes de usarmos ou liberarmos a sua *PHI*. Abaixo está uma lista de vários usos e liberação de informação pelo qual não precisamos a sua autorização por escrito antecipadamente.

A. Usos e Liberações de Informações Para Tratamento, Pagamento e Operações de Atendimento Médico. Podemos usar e liberar as suas *PHI*, mas não as suas “Informações Altamente Confidenciais” (definidas na Seção IV.C abaixo), para tratar de você, obter pagamento pelos serviços prestados a você e conduzir nossas “operações de atendimento médico” como detalhado abaixo:

- Tratamento. Podemos usar e liberar as suas *PHI* para fornecer tratamento e outros serviços a você, como por exemplo, diagnosticar e tratar uma lesão ou doença. Além disso, podemos contatar você para lhe lembrar de consultas marcadas ou informações sobre alternativas de tratamento ou outros benefícios e serviços relacionados à saúde que possam ser de seu interesse. Podemos também liberar as suas *PHI* a outros médicos envolvidos em seu tratamento.
- Pagamento. Podemos usar e liberar as suas *PHI* para obter pagamentos pelos serviços que lhe oferecemos. Por exemplo: podemos liberar informações para exigir e obter pagamento da sua companhia de seguro, Plano de Saúde Administrado (HMO), ou outras companhias que arranjam ou pagam o custo parcial ou total de seu atendimento médico (“Seu Pagador”) para verificar que o Seu Pagador pagará pelo atendimento médico. Também podemos liberar as suas *PHI* para outros médicos a fim de ajudá-los a receber pagamento pelos serviços prestados a você.
- Operações de Atendimento Médico. Podemos usar e liberar as suas *PHI* para nossas operações de atendimento médico que inclui a administração e planejamento interno e várias atividades que melhoram com eficácia a qualidade e o custo do atendimento médico que entregamos a você. Por exemplo: podemos usar as suas *PHI* para avaliar a qualidade e competência de nossos médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde. Podemos liberar as suas *PHI* para o nosso Gerente de Assuntos dos Pacientes a fim de resolver qualquer reclamação que você tenha e garantir que você tenha uma agradável consulta conosco. Também podemos liberar as

suas *PHI* para outros médicos que tenham tratado você a fim de ajudá-los com avaliações de qualidade e atividades de melhoria.

B. Uso ou Liberação para o Diretório de Pacientes dos Hospitais da *the Alliance*. A não ser que você se oponha ou esteja internado em uma unidade específica que revele que você esteja recebendo serviços e tratamento de saúde mental ou abuso de drogas, podemos incluir o seu nome, localização no hospital, condição geral de saúde (Por ex.: boa, regular) e afiliação religiosa em nosso diretório de pacientes internados. As informações deste diretório serão liberadas para qualquer pessoa que perguntar por você pelo nome ou para membros do clero. Somente membros do clero poderão saber qual é a sua religião.

C. Liberação de informação Para Parentes, Amigos Íntimos e Outras Pessoas que fornecem cuidados médicos. Podemos usar e liberar as suas *PHI* para um membro da sua família, outros familiares, amigo íntimo ou qualquer outra pessoa indicada por você em sua presença, ou de outro modo disponível antes, da liberação, se nós (1) obtermos o seu acordo; (2) darmos a você a oportunidade de se opor à liberação e você não se opor; ou (3) deduzirmos que você não se opõe à liberação.

Se você não estiver presente ou não puder concordar ou opor-se devido a uma situação de emergência ou incapacidade, poderemos exercer nosso julgamento profissional para determinar se a liberação é de seu interesse ou não. Se liberarmos informação para um membro de sua família, outros familiares ou amigo íntimo, liberaremos somente a informação que acreditarmos ser diretamente relevante ao envolvimento daquela pessoa com relação a sua assistência médica ou ao pagamento relacionado com a sua assistência médica. Podemos também liberar as suas *PHI* para avisar (ou ajudar a notificar) um parente, amigo ou pessoa relacionada ao atendimento médico do local onde você está, condição geral de saúde ou morte.

D. Comunicação Para Receber Doações. A Aliança de Saúde de Cambridge ou sua afiliada, a Fundação da Aliança Para Saúde Comunitária (*Alliance Foundation for Community Health, Inc.*), podem entrar em contato com você a fim de levantar fundos para a Aliança de Saúde de Cambridge. Junto com o pedido de doação, podemos liberar informações demográficas sobre você para a nossa equipe que faz pedidos de doação (Por ex.: seu nome, endereço e número de telefone) e as datas em que você recebeu nosso tratamento de saúde. Nenhuma outra informação será fornecida com propósitos de pedido de doações sem a sua autorização. Se você não quiser receber nenhum pedido de doação no futuro, você deve entrar em contato com o nosso Departamento de Doações (*Fundraising Office*) telefonando para (781) 306-8754.

E. Atividades de Saúde Pública. Podemos liberar as suas *PHI* com certos propósitos relacionados à saúde pública incluindo, mas não limitando-se a: (1) dar informações de saúde para autoridades de saúde pública com o propósito de prevenir ou controlar doenças, lesões ou deficiência; (2) relatar abuso ou negligência a uma criança, violência contra o idoso, e pessoas deficientes, violência contra autoridades de saúde pública ou outras autoridades governamentais autorizadas por lei a receber esta informação; (3) relatar informação sobre produtos e serviços sob jurisdição do Departamento de Drogas e Alimentos dos Estados Unidos (*U.S. Food and Drug Administration*); (4) se soubermos ou tivermos motivos para acreditar que você está infectado com uma doença venérea, para alertar sua noiva (caso você esteja comprometido) ou sua esposa (se você for casado), ou seus pais ou responsáveis (se você for menor, a não ser que você, como menor, tenha procurado tratamento conosco para esta doença venérea); (5) para dar informação a sua seguradora e/ou a Divisão de Acidentes Industriais de Massachusetts como requerido pelas leis de doenças ou lesões relacionadas ao trabalho e para os inspetores médicos do seu local de trabalho; (6) relatar informação relacionada ao nascimento e saúde subsequente de um bebê para agências do governo estadual como exigido por lei; (7) dar entrada em um certificado de óbito e relatar

mortes de fetos; e (8) relatar para as agências do governo estadual, como exigido por lei, abortos feitos após 24 semanas de gravidez.

F. Vítimas de Violência, Negligência ou Violência Doméstica. Se permitido por lei, podemos liberar as suas *PHI* para autoridades com autorização governamental, inclusive uma agência de serviços de proteção ou assistência social se acreditarmos que você é uma vítima de violência, negligência ou violência doméstica.

G. Atividades de Supervisão de Saúde. Podemos liberar as suas *PHI* para uma agência supervisora de saúde em conexão com uma audiência, inspeção, investigação ou licenciamento para garantir que estamos obedecendo as regras de programas de saúde governamentais como Medicare ou Medicaid.

H. Processos Administrativos e Judiciários. Podemos liberar as suas *PHI* durante um processo judicial ou administrativo respondendo a uma ordem judiciária ou outro processo de lei.

I. Oficiais da Lei. Podemos liberar as suas *PHI* para a polícia ou outros oficiais da lei como requerido ou permitido por lei ou de acordo com uma ordem judiciária ou intimação administrativa ou de um júri.

J. No Evento de Morte. Podemos liberar as suas *PHI* para (1) investigadores de casos de morte ou homicídios ou examinadores médicos com o propósito de fazer a sua identificação ou determinar o caso de sua morte, ou outras obrigações de acordo com a lei; ou (2) diretores de funerárias para ajudá-los a realizar suas obrigações.

K. Doação de Órgãos, Olhos ou Tecidos. Se você for doador ou um futuro receptor de um órgão, olho ou tecido poderemos liberar informações para organizações que lidam com transplantes, aquisição e armazenamento de órgãos, olhos e tecidos, para facilitar a doação e o transplante.

L. Pesquisa. Podemos liberar as suas *PHI* sem a sua autorização com o propósito de preparar um projeto de pesquisa. Na maioria dos casos, temos que obter a sua autorização para o uso ou liberar as suas *PHI* para conduzir um projeto de pesquisa. Em alguns casos, poderemos usar ou liberar o seu *PHI* para conduzir um projeto de pesquisa sem a sua autorização, mas somente se a nossa Junta de Revisão Institucional aprovar o aval de autorização para liberação ou usar um conjunto limitado de dados, que inclui somente uma quantidade limitada de informações sobre sua identificação.

M. Saúde e Segurança. Podemos liberar as suas *PHI* para prevenir ou diminuir uma ameaça grave ou eminente a uma pessoa, segurança ou saúde públicas.

N. Funções Governamentais Especializadas. Podemos usar e liberar as suas *PHI* sob certas circunstâncias para unidades do governo com funções especiais, como por exemplo, o exército dos E.U.A., Serviço Secreto ou Departamento de Estado Americano.

O. Compensação Trabalhista. Podemos liberar as suas *PHI* se autorizado por e à extensão necessária para cumprir as leis estaduais relacionadas à compensação trabalhista ou outros programas similares.

P. Exames Ordenados Por Lei. Podemos liberar as suas *PHI* quando requerido a relatar os resultados de um exame ordenado por um júri ou casa de detenção.

Q. Como Requerido Por Lei. Podemos usar e liberar as suas *PHI* quando assim requerido por qualquer outra lei ainda não referida nas categorias anteriores.

IV. Usos e Liberações de Informações Que Necessitam Sua Autorização Por Escrito

A. Uso ou Liberação de Informações Com a Sua Autorização. Para qualquer outro propósito que não foram descritos na Section III, podemos somente usar ou liberar as suas *PHI* quando você nos der a sua autorização por escrito em nosso formulário de autorização (“*Sua Autorização*”). Por exemplo, você precisará executar um formulário de autorização antes de podermos enviar as suas *PHI* para a sua companhia de seguro de vida ou para um advogado representando a outra parte na litigação na qual você esteja envolvido. Você também sabe que depois que liberarmos as suas *PHI* com sua autorização, não poderemos mais controlar como aqueles indivíduos ou entidades que estão recebendo as suas *PHI* tratarão a informação e que as leis de privacidade talvez não mais protejam a informação de liberações adicionais.

B. Propaganda. Nós temos também que obter a sua autorização por escrito antes de usar as suas *PHI* para lhe enviar qualquer material de propaganda (“*Sua Autorização de Propaganda*”). Podemos porém, usar (mas não liberar para terceiros) as suas *PHI* para lhe dar materiais de propaganda durante um encontro frente a frente sem obter a Sua Autorização de Propaganda. Nos também temos a permissão de usar (mas não liberar para terceiros) as suas *PHI* para lhe dar um presente promocional de valor simbólico, se decidirmos isto, sem obter Sua Autorização de Propaganda. Além disso, podemos usar (mas não liberar para terceiros) as suas *PHI* para comunicarmos com você sobre produtos ou serviços relacionados ao seu tratamento, gerenciamento de seu caso ou coordenação de atendimento, ou tratamentos alternativos, terapias, médicos ou ambiente de tratamento sem Sua Autorização de Propaganda, e podemos usar as suas *PHI* para identificar serviços relacionados a sua saúde e produtos que possam ser benéficos para sua saúde e então entrarmos em contato com você a respeito destes serviços e produtos.

C. Usos e Liberação de Suas Informações Altamente Confidenciais. Leis federais e estaduais requerem proteção especiais de privacidade para certas informações altamente confidenciais sobre você (“Informações Altamente Confidenciais”), incluindo: (1) seu estado de HIV/AIDS; (2) informações de exames genéticos; (3) comunicações confidenciais com um psicoterapeuta, psicólogo, assistente social, profissional de saúde mental aliado, ou profissional de serviços humanos; (4) abuso de substâncias (álcool ou drogas) informações sobre tratamento e reabilitação; (5) informações sobre doenças transmitidas sexualmente; (6) formulário(s) de consentimento para aborto; (7) relatórios de mamografia; (8) serviços de planejamento familiar; (9) tratamento ou diagnósticos de menores emancipados; (10) relatórios de programas comunitários de saúde mental; e (11) pesquisa envolvendo substâncias controladas. Para que possamos liberar as suas Informações Altamente Confidenciais para propósitos não relacionados a tratamento, pagamento, ou operações de atendimento médico, temos que obter o seu consentimento específico por escrito separado, a não ser que tenhamos, de outra maneira, permissão por lei para fazer esta revelação.

Se você for um menor emancipado, algumas informações relacionadas ao seu tratamento ou diagnóstico podem ser consideradas “Informações Altamente Confidenciais” e por isso não serão liberadas para seus pais ou responsáveis sem o seu consentimento. Se um médico acreditar que sua condição de saúde é tão grave que sua vida ou um membro de seu corpo corre perigo, podemos avisar seus pais ou responsáveis sem a sua autorização. Nós lhe informaremos sobre este aviso.

Por favor, saiba que se você é um dos pais ou responsável legal de um menor emancipado, certas partes da ficha médica do menor emancipado (ou, em certos casos, a ficha médica completa) pode não ser acessível a você.

V. Seus Direitos Sobre Suas Informações Médicas Confidenciais

A. Para Mais Informações. Se você quiser obter mais informações sobre seus direitos de Confidencialidade você pode entrar em contato com o nosso Escritório de Assuntos Confidenciais. (Ver Seção VII para obter números de telefones e endereços).

B. Queixas. Se você estiver preocupado achando que violamos os seus direitos de privacidade ou discorda com alguma decisão que tomamos sobre acesso ao seu *PHI*, você pode entrar em contato nosso Departamento de Relações com o Paciente no telefone (617) 665-1398. Você pode também fazer uma queixa, escrevendo uma carta para o Diretor do Escritório de Direitos Cíveis do Departamento de Saúde e Direitos Humanos dos Estados Unidos. Se você fizer um pedido, daremos a você o endereço correto do Diretor. Nós não retaliaremos contra você se você fizer uma queixa conosco ou com Diretor.

C. Direito de Pedir Restrições Adicionais. Você pode pedir para incluir restrições em como usamos e compartilhamos as suas *PHI*

(1)) para tratamento, pagamento e operações administrativas de atendimento médico.

(2) para indivíduos , como um membro da família, outros parentes, amigo pessoal e qualquer outra pessoa indicada por você que esteja envolvida com o seu tratamento médico ou pagamentos relacionados ao seu tratamento de saúde, ou

(3) para notificar ou ajudar a informar o local onde você está e suas condições de saúde.

Vamos examinar e considerar todos os pedidos de restrições cuidadosamente, mas não somos obrigados a concordar com os mesmos. Se você quiser fazer um pedido de restrição, por favor obtenha um formulário de Requerimento do nosso HIM/Medical Records Department (Departamento de Histórico Médico), complete e envie-o para o HIM/Medical Records Department (Departamento de Histórico Médico). Mandaremos-lhe uma resposta por escrito .

D. Direitos de Receber Comunicações Confidenciais. Você pode requerer e em certas situações, poderemos aceitar, qualquer pedido escrito razoável para contatá-lo em um outro endereço diferente do que temos nos nossos arquivos, ou por qualquer outros meios de comunicação. O seu pedido tem que ser por escrito e tem que incluir exatamente como deveremos nos comunicar com você.

E. Direito de Revogar a sua Autorização. Você pode revogar a Sua Autorização, Sua Autorização de Propaganda ou qualquer outra autorização escrita obtida em conexão com suas Informações Altamente Confidenciais, a não ser que já tomamos providência a respeito disso, fazendo uma revogação escrita para o Departamento de Privacidade identificado abaixo. Um formulário de revogação está a sua disposição mediante um pedido no Departamento de Histórico Médico (HIM/Medical Records Department).

F. Direito de Inspeccionar e Copiar a Sua Informação Médica. Você pode requerer acesso a sua ficha médica e arquivos de pagamentos mantidos por nós para que você os possa inspecionar e pode também fazer um pedido de cópias. Sob certas circunstâncias poderemos negar o seu acesso a uma parte de sua ficha médica. Se lhe negarmos acesso a uma parte de sua ficha médica, lhe informaremos o por quê e você terá a oportunidade de ter uma terceira pessoa para revisar o seu pedido. Se você quiser ter acesso a sua ficha médica, por favor obtenha um formulário de requerimento de ficha médica do Departamento de Arquivos Médicos (HIM/Medical Records Department), e envie o formulário preenchido para o Departamento de Arquivos Médicos. Se você quiser fazer cópias, cobraremos uma quantia razoável baseada no custo. Também cobraremos o selo do correio se você pedir para receber as cópias através do mesmo.

Observe que se você for um dos pais ou responsável legal de um menor, você não terá acesso a algumas partes da ficha médica do menor, por exemplo, laudo médico referente a aborto, serviços de controle de

natalidade e/ou serviços de planejamento familiar e outros assuntos de atendimento médico que são protegidos por lei.

G. Direito de Requerer Emendas na Sua Ficha Médica. Você tem direito de requerer correções, mudanças ou exclusão de certas informações das suas *PHI* mantidas em nossos arquivos, pagamentos, queixas de sentenças e relatório de gerenciamento médico ou gerenciamento de casos, ou outros relatórios que possam ser usados em decisões sobre você e sua assistência médica, se você acreditar que a informação está incorreta ou incompleta. Se você quiser que sua ficha médica seja corrigida, por favor obtenha um formulário de Requerimento de Emenda do Departamento de Arquivos Médicos (HIM/Medical Records Department), preencha e envie-o para o Departamento de Arquivos Médicos. Se não pudermos ou acharmos inapropriado fazer uma emenda nas suas *PHI*, nós o notificaremos desta decisão por escrito. Você então terá a opção de nos pedir para fazer estas correções ou emendas nas suas *PHI*, em uma parte de sua ficha médica ou pedir para que uma terceira pessoa re-examine a nossa decisão. Nós não podemos fazer emendas ou correções nas informações que nós não criamos sem receber informação ou instrução do criador dos documentos para fazê-lo.

H. Direito de Receber um Relatório das Informações Compartilhadas. Você tem o direito de receber uma lista de quando e com quem compartilhamos a sua ficha médica e *PHI*. Nossa resposta não incluirá usos ou apresentações relacionadas com tratamento, pagamento ou operações de atendimento médico ou usos e liberações pelos quais você tenha assinado uma autorização por escrito. Você pode obter um relatório das liberações restantes feitas por nós durante qualquer período de tempo antes da data do seu pedido se este período não exceder seis anos e não se aplicar a liberações que ocorreram antes de 14 de abril de 2003. Se você pedir um relatório mais de uma vez em um período de doze (12) meses, cobraremos de você uma quantia razoável, baseada no custo de cada lista adicional.

I. Direito de Receber Uma Cópia deste Aviso. Se você pedir, pode obter uma cópia em papel deste Aviso, mesmo se você concordou anteriormente em receber o aviso eletronicamente (por email).

VI. Duração deste Aviso

Direito de Mudar os Termos Deste Aviso. Poderemos mudar as informações deste Aviso a qualquer momento. Se fizermos mudanças neste Aviso, poderemos colocar em prática o novo conteúdo do Aviso efetivo para todas as Informações Médicas Protegidas (*PHI*) que mantemos, inclusive qualquer informação criada ou recebida antes da saída deste novo Aviso. Se fizermos mudanças a este Aviso, colocaremos o novo Aviso em áreas designadas da Aliança de Saúde de Cambridge e no nosso web site, www.challiance.org. Você pode também obter um novo Aviso entrando em contato com o Departamento de Privacidade.

VII. Departamento de Privacidade

Você pode contatar o Departamento de Privacidade da Aliança de Saúde de Cambridge pelo telefone (617) 665-1227 ou escrevendo uma carta para:

Privacy Office
Cambridge Health Alliance
432 Columbia Street, Suite 15-16C
Cambridge, MA 02141

Para obter cópias de autorização, emenda ou outros formulários, por favor entre em contato com o Departamento de Arquivos Médicos (HIM / Medical Records Department) no local onde você recebeu assistência médica.

Aliança de Saúde de Cambridge Hospitais e Clínicas por Localização

HOSPITAIS

The Cambridge Hospital
(*Hospital de Cambridge*)
1493 Cambridge Street
Cambridge, MA 02139

Somerville Hospital
(*Hospital de Somerville*)
230 Highland Avenue
Somerville, MA 02143

Whidden Memorial Hospital
(*Hospital Whidden Memorial*)
103 Garland Street
Everett, MA 02149

INSTITUIÇÕES EM CAMBRIDGE

Cambridge Birth Center
(*Maternidade de Cambridge*)
10 Camelia Avenue
Cambridge, MA 02139

Cambridge Family Health
(*Saúde da Família de Cambridge*)
237 Hampshire Street
Cambridge, MA 02139

Cambridge Family Health-North
(*Saúde da Família do Norte de Cambridge*)
2067 Mass. Avenue
Cambridge, MA 02140

Cambridge Public Health Dept
(*Departamento de Saúde Pública de Cambridge*)
119 Windsor Street
Cambridge, MA 02139

East Cambridge Health Center
(*Centro de Saúde de East Cambridge*)
163 Gore Street
Cambridge, MA 02141

Elder Service Plan of the Alliance
(*Plano de Serviço ao Idoso da Aliança*)
270 Green Street
Cambridge, MA 02139

Institute for Community
(*Instituto para a Comunidade*)
119 Windsor Street
Cambridge, MA 02139

Health Macht Building
(*Edifício HealthMacht*)
16 Camelia Avenue
Cambridge, MA 02139

North Cambridge Health Center
(*Centro de Saúde de Norte Cambridge*)
266 Rindge Avenue
Cambridge, MA 02140

Oliver Farnum Senior H. C.
(*Centro de Saúde Senior Oliver Farnum*)
806 Massachusetts Avenue
Cambridge, MA 02139

Riverside Health Center
(*Centro de Saúde Riverside*)
205 Western Avenue
Cambridge, MA 02139

Teen Health Center
(*Centro de Saúde do Adolescente*)
459 Broadway
Cambridge, MA 02138

Windsor Street Health Center
(*Centro de Saúde Windsor Street*)
119 Windsor Street
Cambridge, MA 02139

INSTITUIÇÕES EM SOMERVILLE

Administrative Offices
(*Escritório Administrativo*)
10 Beacon Street
Somerville, MA 02143

Administrative Offices
(*Escritório Administrativo*)
120 Beacon Street
Somerville, MA 02143

Administrative Offices
(*Escritório Administrativo*)
65 Beacon Street
Somerville, MA 02143

Broadway Health Center
(*Centro de Saúde Broadway*)
300 Broadway
Somerville, MA 02143

East Somerville Health Center
(*Centro de Saúde East Somerville*)
42 Cross Street
Somerville, MA 02145

CHA Eye Center
(*Centro Oftalmológico da CHA*)
65 Beacon Street
Somerville, MA 02143

Central Street Health Center
(*Centro de Saúde Central Street*)
26 Central Street
An/rb-3-03.PR

Healthcare for the Homeless
(*Assistência Médica para os Sem-casa*)
230 Lowell Street

Medical Arts Building
(*Edifício Medical Arts*)
230 Highland Avenue

Somerville, MA 02143

Somerville Teen Connection
(*Conexão dos Adolescentes de Somerville*)
81 Highland Avenue
Somerville, MA 02143

Somerville, MA 02143

Union Square Family Health
(*Saúde da Família Union Square*)
337 Somerville Avenue
Somerville, MA 02138

Somerville, MA 02143

INSTITUIÇÕES EM EVERETT, MEDFORD E REVERE

Anna May Powers Health Center
(*Centro de Saúde Anna May Powers*)
(George Keverian School)
28 Nichols Street
Everett, MA 02149

Broadway Medical Associates
(*Associação Médica Broadway*)
454 Broadway
Revere, MA 02152391

Everett Health Center
(*Centro de Saúde de Everett*)
(Whidden Medical Offices)
Broadway, Suite 204
Everett, MA 02149

Mystic Center
(*Centro Mystic*)
Administrative Offices (*Escritório Administrativo*)
10 Presidents Landing
Medford, MA 02155