



New York City Health and Hospitals Corporation Avviso sulla privacy

Questo avviso descrive in che modo è possibile utilizzare e divulgare le proprie informazioni mediche e il modo in cui è possibile accedervi. Leggere attentamente.

Il presente Avviso sulla privacy descrive il tipo di informazioni che la New York City Health and Hospitals Corporation ("NYCHHC") raccoglie su di Lei, con chi sarà possibile condividere tali informazioni, e le misure di protezione che adoperiamo al riguardo. Questo avviso descrive i suoi diritti all'accesso e alla modifica delle informazioni sanitarie. Se le norme descritte nel presente avviso rispondono alle sue aspettative, non occorrerà fare altro. Se invece preferisce che le informazioni non siano condivise, potremmo accettare al proposito la sua richiesta scritta, come descritto in seguito. Per eventuali domande relative al presente Avviso sulla privacy, si prega di contattare il nostro Funzionario aziendale per la privacy (Corporate Privacy Officer) all'indirizzo CPO@NYCHHC.org oppure al numero verde 1-866-HELP-HHC.

A chi è rivolto l'avviso?

Questo avviso descrive le norme seguite da NYCHHC e da:

- Qualsiasi professionista in ambito sanitario autorizzato all'immissione di informazioni nella sua cartella medica
- Tutti i reparti e le unità di NYCHHC, gli ospedali, le cliniche, i centri sanitari e gli affiliati che collaborano con NYCHHC per fornire servizi sanitari presso le strutture NYCHHC
- Tutti i membri del personale NYCHHC (inclusi tutti gli impiegati, lo staff, i volontari, gli studenti, e altro personale NYCHHC)

Tutte queste entità e sedi si attengono ai termini del presente avviso. Inoltre, tali individui, entità e sedi possono condividere le informazioni mediche a scopo di cura, pagamento, operazioni sanitarie oppure per la ricerca, come descritto in questo avviso.

La nostra garanzia sulle sue informazioni mediche

Siamo consapevoli che le informazioni sulla sua persona e salute sono private. Ci impegniamo pertanto a proteggere la riservatezza delle sue informazioni mediche.

Nell'ambito delle nostre operazioni di routine, viene creato un registro delle cure e dei servizi che riceve. Tale registro è necessario per garantirle la qualità delle cure e per attenersi ai requisiti legali. Il presente avviso vale per tutti i registri sanitari generati da NYCHHC, redatti sia dal proprio medico che da altro personale NYCHHC.

Ogniqualevolta si utilizza il termine “informazioni mediche” nel presente avviso, si fa riferimento alle sue informazioni create o ricevute da NYCHHC per le sue cure sanitarie e al relativo pagamento.

In questo avviso sono riportati i modi in cui possiamo utilizzare e divulgare le sue informazioni mediche. Inoltre, descriviamo i suoi diritti e taluni nostri obblighi relativi all’uso e alla divulgazione delle informazioni mediche.

La legge federale ci impone di:

- Garantire che le sue informazioni mediche restino riservate
- Fornire il presente avviso sui nostri obblighi legali e le norme sulla privacy relative alle sue informazioni mediche
- Seguire i termini dell’avviso sulla privacy attualmente in vigore

In che modo possiamo utilizzare e divulgare le sue informazioni mediche

Di seguito sono descritti i diversi modi in cui possiamo utilizzare e divulgare le sue informazioni mediche. Per ciascuna categoria d’uso e divulgazione spiegheremo cosa si intende e forniremo qualche esempio. Gli esempi non sono esaustivi.

Per la cura. Possiamo utilizzare le sue informazioni mediche per fornirle cure o servizi medici. Possiamo divulgare le sue informazioni mediche a dottori, infermieri, tecnici, studenti in medicina o altro personale della struttura che si occupi di Lei presso NYCHHC. Ad esempio: un medico che l’abbia in cura per una gamba rotta, può aver bisogno di sapere se soffre di diabete, dal momento che il diabete potrebbe rallentare il processo di guarigione. Inoltre, il medico può aver bisogno di avvisare il dietologo del suo diabete per darci modo di preparare pasti appropriati. Anche i diversi reparti della struttura possono condividere le sue informazioni mediche per coordinare tutto quanto Le sia necessario, ad esempio ricette mediche, risultati di laboratorio e raggi X. Inoltre, quando necessario, possiamo divulgare le sue informazioni sanitarie a persone esterne alla struttura coinvolte nelle cure mediche.

Per il pagamento. Le sue informazioni mediche protette saranno utilizzate, come necessario, per ottenere il pagamento per i servizi sanitari. Ad esempio, potremmo dover fornire al sistema sanitario le informazioni in merito agli interventi chirurgici da Lei ricevuti presso NYCHHC, in modo che questo possa espletare il pagamento o rimborsarla per tali interventi. Inoltre, potremmo informare il suo sistema sanitario del trattamento che riceverà, al fine di ottenere la previa approvazione o di determinare se il sistema coprirà tale trattamento.

Per le operazioni sanitarie. Possiamo utilizzare e divulgare le sue informazioni mediche come necessario per la gestione quotidiana di NYCHHC e per accertarci che tutti i nostri pazienti ricevano le cure migliori. Ad esempio, possiamo utilizzare le informazioni mediche per esaminare le cure e i servizi e per valutare il rendimento del nostro personale nel prendersi cura del paziente. Ancora, possiamo combinare le informazioni mediche di molti pazienti per decidere quali servizi aggiuntivi NYCHHC dovrebbe offrire, quali servizi non sono necessari e l’eventuale efficacia di alcuni nuovi trattamenti. Se necessario, possiamo

divulgare le informazioni ai nostri contabili, consulenti e altri professionisti che collaborano nella gestione della struttura.

Per ricordare un appuntamento. Possiamo utilizzare e divulgare le informazioni mediche per contattarla e ricordarle che ha un appuntamento presso la struttura.

Opzioni di trattamento. Possiamo utilizzare e divulgare le informazioni mediche per avvisarla di opzioni di trattamento che potrebbero interessarla.

Vantaggi e servizi sanitari. Possiamo utilizzare e divulgare le informazioni mediche per avvisarla di vantaggi e servizi sanitari, oppure di eventi che potrebbero interessarla.

Attività di raccolta di fondi. Possiamo utilizzare il suo nome, indirizzo, date in cui ha ricevuto le cure, età e talune altre informazioni non legate alla sua condizione per contattarla al fine di raccogliere fondi per le nostre strutture e le relative operazioni sanitarie. Allo stesso scopo, possiamo condividere suddette informazioni con una fondazione legata a NYCHHC. Se non desidera essere contattato per le attività di raccolta di fondi, contatti il Funzionario aziendale per la privacy (Corporate Privacy Officer) all'indirizzo CPO@NYCHHC.org oppure al numero **1-866-HELP-HHC**.

Elenco della struttura. Se non ha nulla in contrario, possiamo includere alcune sue informazioni nell'elenco dei degenti durante il ricovero. Tali informazioni possono comprendere il suo nome, dove è ricoverato, le condizioni generali (es.: buone, stabili, ecc.) e l'appartenenza religiosa. Tutte queste informazioni, fatta eccezione per l'appartenenza religiosa, possono essere rilasciate a persone che chiedano del suo nome. L'appartenenza religiosa sarà rivelata esclusivamente a membri del clero. Se preferisce che NYCHHC non includa tali informazioni, in parte o per intero, nell'elenco della struttura, La preghiamo di avvisare il Responsabile dell'Accettazione (Director of Admitting) della struttura.

Persone coinvolte nella cura o nel pagamento della cura. Se non ha nulla in contrario, possiamo rilasciare le sue informazioni mediche a un suo amico o a un membro familiare coinvolto nella sua cura medica. Inoltre, possiamo fornire informazioni a qualcuno che partecipi al pagamento della cura. Inoltre, possiamo informare i suoi amici e parenti delle sue condizioni e del fatto che si trova nella struttura. Ancora, possiamo divulgare le sue informazioni mediche a un'entità di assistenza in caso di sinistri, in modo che la sua famiglia possa essere avvisata delle sue condizioni, dello stato e della sede.

Persone che possono agire per suo conto. Possiamo rilasciare le sue informazioni mediche a un rappresentante personale, un genitore o un tutore. Ha il diritto di nominare un rappresentante personale che possa agire per suo conto per controllare la privacy delle sue informazioni sanitarie. I genitori e i tutori avranno generalmente il diritto di controllare la privacy delle informazioni sanitarie dei minori, a meno che i minori non abbiano ricevuto il permesso legale di agire per proprio conto.

Ricerca. Se partecipa ad una sperimentazione clinica, Le richiederemo un'autorizzazione scritta prima di utilizzare o condividere le sue informazioni mediche. In talune circostanze, potremo utilizzare le informazioni senza la sua autorizzazione scritta per un lavoro di ricerca, dopo uno speciale processo di approvazione che assicuri il minimo rischio per la sua privacy. In nessun caso un ricercatore rivelerà pubblicamente il suo nome o la sua identità nella preparazione, durante o dopo un lavoro di ricerca. Se decide di partecipare ad una sperimentazione clinica, potremo chiederle di differire l'accesso alle sue informazioni mediche legate alla ricerca; potrà avere accesso ai suoi registri dopo il completamento della sperimentazione.

Se richiesto dalla legge Divulgheremo le sue informazioni mediche quando richiesto dalla legge federale, statale o locale.

Prevenire serie minacce alla salute o alla sicurezza. Possiamo utilizzare e divulgare le sue informazioni mediche, quando necessario, per prevenire serie minacce alla sua salute o sicurezza, o a quelle pubbliche o di una terza persona.

Condizioni speciali di divulgazione

Militari e Veterani. Se è un membro delle forze armate, potremo rilasciare le sue informazioni mediche come richiesto dalle autorità di comando militare.

Indennizzo per infortunio sul lavoro. Potremo rilasciare le sue informazioni mediche alle associazioni di Indennizzo per infortunio sul lavoro o a programmi simili.

Attività di sanità pubblica. Potremo condividere le sue informazioni mediche a scopo di sanità pubblica con organizzazioni governative che siano autorizzate a prevenire la diffusione di malattie, o a ricevere rapporti su talune condizioni mediche, nascite, decessi, abusi, negligenza e violenza domestica. Cercheremo di ottenere il suo permesso prima del rilascio di tali informazioni, eccetto quando ci sarà richiesto o saremo autorizzati ad agire senza tale permesso.

Tutele speciali per informazioni su HIV, abuso di alcol o di sostanze tossiche, sanità mentale e genetiche. Sono previste tutele speciali sulla privacy per informazioni relative ad HIV, informazioni sul trattamento per l'abuso di alcol o sostanze tossiche, informazioni sulla sanità mentale ed informazioni genetiche. Se le cure che riceve riguardano una di queste aree speciali, contatti i suoi professionisti o consulenti sanitari per maggiori informazioni su tali tutele aggiuntive.

Attività di supervisione sanitaria. Possiamo divulgare le informazioni mediche ad un'agenzia di supervisione sanitaria per attività autorizzate dalla legge. Queste attività di supervisione possono comprendere verifiche, investigazioni e ispezioni.

Procedure legali. Se è coinvolto in un processo o una disputa, possiamo divulgare le sue informazioni mediche in risposta a un ordine del tribunale o amministrativo. Inoltre, possiamo divulgare le sue informazioni mediche in risposta a un ordine di comparizione, a una richiesta di esibizione, o ad altri processi legali di parti terze coinvolte nella disputa, ma solo dopo aver effettuato dei tentativi per informarla della richiesta o per ottenere un ordine di tutela delle informazioni richieste.

Autorità giudiziaria. Possiamo rilasciare le informazioni mediche se richiesto dall'autorità giudiziaria, il che comprende:

- Rispondere alle procedure legali
- Identificare o localizzare un individuo sospetto, fuggiasco, testimone materiale o disperso
- In casi relativi a vittime di un crimine
- In caso di decessi che riteniamo causati da una condotta criminale
- In caso di crimini verificatisi nella struttura
- Per comunicare un crimine in una situazione d'emergenza, l'ubicazione del crimine o delle vittime; oppure l'identità, la descrizione o l'ubicazione della persona che ha commesso il crimine.

Coroner, Ispettori sanitari, Direttori funerari e Donazioni di organi. Possiamo rilasciare le informazioni mediche a un coroner o a un ispettore sanitario. Possiamo inoltre rilasciare informazioni mediche sui pazienti della struttura a direttori funerari, se necessario, per svolgere le loro mansioni. Le informazioni mediche possono essere utilizzate e divulgate per donazioni di organi, occhi e tessuti.

Attività di Sicurezza nazionale e di Intelligence. Possiamo rilasciare le sue informazioni personali a funzionari federali autorizzati per attività di intelligence, controspionaggio, e altre attività di sicurezza nazionale autorizzate dalla legge.

Servizi di tutela per il Presidente e altri. Possiamo divulgare le sue informazioni mediche a funzionari federali autorizzati in modo che possano fornire protezione al Presidente, ad altre persone autorizzate, capi di stato stranieri, o per svolgere investigazioni speciali.

Pazienti. Possiamo rilasciare informazioni mediche sui pazienti di un istituto correttivo all'istituto stesso o ai funzionari di autorità giudiziaria. Tale rilascio è necessario **(1)** all'istituto per fornire cure mediche al paziente; **(2)** per proteggere la salute e la sicurezza del paziente o di altri; e **(3)** per la sicurezza e la salvaguardia dell'istituto correttivo.

I suoi diritti in merito alle informazioni mediche

Circa le informazioni mediche in nostro possesso, dispone dei seguenti diritti:

Diritto all'accesso e alla copia. Ha il diritto di richiedere accesso e di ottenere una copia delle informazioni che possono essere utilizzate per prendere decisioni sul suo caso. Generalmente, ciò include i registri medici e di fatturazione, ma non le note psicoterapiche o le informazioni relative a una sperimentazione clinica in corso.

Per avere accesso e copiare le informazioni che possono essere utilizzate per prendere decisioni sul suo caso, presenti una richiesta per iscritto al Reparto di gestione delle informazioni sanitarie (Health Information Management Department) della struttura. Se richiede una copia delle informazioni, possiamo addebitarle una quota per coprire i costi di copia, preparazione e spedizione della richiesta. Nel caso in cui l'accesso alle informazioni Le sia negato, Le sarà fornita una spiegazione.

Può richiedere che il rifiuto venga rivisto. Un altro professionista sanitario prescelto da NYCHHC esaminerà la sua richiesta e il rifiuto. La persona che condurrà la revisione non sarà la stessa persona che ha rifiutato la richiesta. Ci atterremo al risultato della revisione.

Diritto di rettifica. Se ritiene che le informazioni che abbiamo su di Lei siano inesatte o incomplete, può chiederci di rettificarle. Ha il diritto di richiedere una rettifica fintanto che le informazioni siano in possesso della struttura. Presenti la richiesta di rettifica per iscritto presso il Reparto di gestione delle informazioni sanitarie (Health Information Management Department) della struttura. Inoltre, dovrà fornire un motivo a sostegno della sua richiesta. Se la richiesta non viene presentata per iscritto o non include un motivo a sostegno della stessa, può essere rifiutata. Inoltre, possiamo rifiutare la richiesta se la rettifica riguarda informazioni che:

- Non siano state create da noi, a meno che non ci fornisca un motivo per ritenere che la persona che ha creato le informazioni non sia più disponibile per agire sulla rettifica
- Non facciano parte delle informazioni che possono essere utilizzate per prendere decisioni sul suo caso
- Non facciano parte delle informazioni per le quali è autorizzato all'ispezione e alla copia
- Siano accurate e complete

Diritto alla Stima delle divulgazioni Ha il diritto di richiedere una "stima delle divulgazioni". Si tratta di un elenco delle divulgazioni delle sue informazioni mediche. L'elenco non comprenderà alcune informazioni, ad esempio le informazioni che sono state condivise per le cure, il pagamento o le operazioni sanitarie di NYCHHC, oppure le divulgazioni effettuate con la sua autorizzazione. Per richiedere l'elenco, presenti la richiesta per iscritto al Reparto di gestione delle informazioni sanitarie (Health Information Management Department) della struttura. La sua richiesta deve comprendere un periodo di tempo non superiore ai sei anni e non può includere date precedenti al 14 aprile 2003. La richiesta deve indicare in quale forma

desidera l'elenco (es.: su carta o in formato elettronico). Il primo elenco richiesto in un periodo di 12 mesi sarà gratuito. Per elenchi aggiuntivi, possiamo addebitarle una quota per coprire i costi di fornitura delle informazioni. Le comunicheremo i costi richiesti e potrà scegliere se annullare o modificare la richiesta prima che Le siano addebitati.

Diritto di Richiesta di restrizioni. Ha il diritto di richiedere una restrizione alle informazioni mediche che utilizziamo o divulghiamo per il suo caso, pagamento od operazioni sanitarie. Inoltre, ha il diritto di richiedere un limite alle informazioni mediche che divulghiamo a parti terze coinvolte nella sua cura, quali un familiare o un amico. Ad esempio, può chiedere che non vengano utilizzate o divulgate informazioni su una procedura medica ricevuta.

Non siamo tenuti ad accettare la sua richiesta. Se converremo, ci atterremo alla sua richiesta, eccetto qualora le informazioni siano necessarie a fornirle cure d'emergenza. Per richiedere le restrizioni, presenti la richiesta per iscritto al Responsabile dell'Accettazione (Director of Admitting) o al Responsabile di Registrazione (Director of Registration) della struttura. Nella richiesta, specifichi

- Quali informazioni desidera limitare
- Se desidera limitarne il nostro uso, la divulgazione, o entrambi
- A chi desidera vengano applicati tali limiti (ad esempio, divulgazione al coniuge)

Diritto di Richiesta di comunicazioni riservate. Ha diritto a richiedere che le nostre comunicazioni relative a questioni mediche Le siano notificate in un certo modo o presso una determinata sede. Ad esempio, può richiedere di essere contattato esclusivamente al lavoro o a mezzo posta. Per richiedere comunicazioni riservate, presenti la richiesta per iscritto all'Unità di corrispondenza medica (Medical Correspondence Unit) della struttura. Non Le sarà chiesto il motivo della richiesta. Accetteremo tutte le richieste ritenute ragionevoli. Nella richiesta occorre specificare come o dove desidera essere contattato.

Diritto a una Copia cartacea di questo Avviso. Ha diritto a una copia cartacea di questo avviso. Può chiederci una copia dell'avviso in qualsiasi momento. Anche se ha ottenuto il suo Avviso elettronicamente, ha diritto a una copia cartacea dello stesso. È inoltre possibile ottenere una copia dell'avviso presso il nostro sito Web, www.NYCHHC.org. Per ricevere una copia cartacea dell'avviso, farne richiesta al Reparto di Accettazione o Registrazione (Admitting/Registration Department) della struttura.

Modifiche al presente avviso

Ci riserviamo il diritto di modificare l'avviso. Ci riserviamo il diritto di rendere effettivo l'avviso rivisto o modificato per le sue informazioni mediche già in nostro possesso nonché per qualsiasi informazione che riceveremo in futuro. Affiggeremo una copia dell'avviso attuale nella struttura. L'avviso conterrà la data effettiva sulla prima pagina, nell'angolo superiore destro.

Reclami

Se ritiene che il suo diritto alla privacy sia stato violato, può presentare un reclamo a NYCHHC o al Segretario del Ministero della Sanità e dei Servizi Sociali (Secretary of the Department of Health and Human Services). Per presentare un reclamo a NYCHHC, chiamare la linea dedicata ai reclami componendo il numero verde **1-866-HELP-HHC**, oppure inviare un messaggio di posta elettronica all'indirizzo CPO@NYCHHC.org.

Non sarà penalizzato per aver presentato un reclamo.

Altri usi delle informazioni mediche

Altri usi e divulgazioni delle informazioni mediche non coperti dal presente avviso o dalle leggi applicabili saranno effettuati esclusivamente con il suo consenso scritto. Se ci fornirà l'autorizzazione all'uso o alla divulgazione delle informazioni mediche, potrà revocare tale autorizzazione, per iscritto, in qualsiasi momento.

Se revocherà la sua autorizzazione, non utilizzeremo o divulgheremo ulteriormente le sue informazioni mediche per i motivi coperti dalla sua autorizzazione scritta. Non siamo in grado di recuperare divulgazioni già effettuate con il suo permesso e che ci è richiesto di conservare nei nostri registri per le cure prestate.

Conferma

Firmando e datando il modulo sottostante, confermo di aver ricevuto una copia dell'Avviso sulla privacy della New York City Health and Hospitals Corporation.

Nome del paziente
(Patient's Name)

Numero di registro medico del paziente
(Patient's Medical Record Number)

Firma del paziente
(Patient's Signature)

Data odierna
(Today's Date)

Se convalidato da un rappresentante personale del paziente, scrivere il proprio nome in stampatello nello spazio sottostante:

Nome del rappresentante personale
(Personal Representative's Name)

Firma del rappresentante personale
(Personal Representative's Signature)

For use by NYCHHC staff only:

Patient refused to sign

Patient unable to sign

NYCHHC Employee's Initials

Today's Date