

## SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ I SZPITALI OKRĘGU COOK

### POWIADOMIENIE O ZASADACH PRZESTRZEGANIA PRAWA DO PRYWATNOŚCI NINIEJSZE POWIADOMIENIE OPISUJE SPOSÓB W JAKI TWOJA DOKUMENTACJA ZDROWOTNA MOŻE BYĆ WYKORZYSTYWANA I UJAWNIANA I JAK MOŻESZ UZYSKAĆ DOSTĘP DO TYCH INFORMACJI. ZAPOZNAJ SIĘ Z NIM DOKŁADNIE.

**NASZE OBOWIĄZKI.** Jesteśmy zobowiązani do:

- Zachowania prywatności chronionych informacji zdrowotnych (CIZ).
- Ochrony prywatności Twoich CIZ i przekazania Ci niniejszego powiadomienia.
- Przestrzegania warunków powiadomienia, które obecnie obowiązują.

### **W JAKI SPOSÓB MOŻEMY WYKORZYSTYWAĆ I UJAWNIAĆ INFORMACJE ZDROWOTNE**

Dokument ten opisuje sytuacje, w których możemy wykorzystywać i ujawniać CIZ. Z wyjątkiem sytuacji opisanych w niniejszym powiadomieniu, twoje CIZ będą wykorzystywane i ujawniane tylko za Twoim pisemnym upoważnieniem. Upoważnienie takie można anulować w dowolnym momencie.

**LECZENIE.** Możemy wykorzystać i ujawniać Twoje CIZ, aby zapewnić Ci opiekę i usługi. Możemy na przykład ujawniać CIZ lekarzom pielęgniarkom lub innym świadczeniodawcom opieki zdrowotnej, w tym osobom spoza Systemu Opieki Zdrowotnej i Szpitali Okręgu Cook (ang. Cook County Health & Hospitals System - CCHHS), które są zaangażowane w opiekę medyczną nad Tobą i potrzebują CIZ, aby zapewnić Ci odpowiednią opiekę.

**PŁATNOŚĆ.** Możemy wykorzystać i udostępniać innym osobom Twoje CIZ w celu uzyskania płatności za zapewnioną Ci opiekę i usługi. Możemy na przykład skontaktować się z Medicare, Medicaid, Twoją firmą ubezpieczeniową lub inną firmą czy programem, które organizują i opłacają część lub całość kosztów za opiekę zdrowotną.

**OPERACJE ZWIĄZANE Z OPIEKĄ ZDROWOTNĄ.** Możemy wykorzystywać i udostępniać innym osobom Twoje CIZ w celach operacji związanych z opieką zdrowotną. Takie wykorzystanie informacji i ich ujawnienia są konieczne dla zapewnienia wszystkim naszym pacjentom wysokiej jakości opieki zdrowotnej i dla obsługi i zarządzania naszymi programami systemu opieki zdrowotnej. Możemy na przykład wykorzystywać i udostępniać innym osobom Twoje CIZ, aby mieć pewność, że otrzymujesz opiekę wysokiej jakości. Możemy również ujawniać CIZ innym podmiotom, które są z Tobą powiązane (na przykład Twój plan ubezpieczenia zdrowotnego) w celach związanych z czynnościami dotyczącymi operacji związanych z zapewnieniem opieki zdrowotnej.

**PRZYPOMNIENIA O WIZYTACH. ALTERNATYWNE SPOSOBY LECZENIA I ŚWIADCZENIA ORAZ USŁUGI ZWIĄZANE Z OPIEKĄ ZDROWOTNĄ.** Możemy wykorzystywać i udostępniać innym osobom CIZ, aby skontaktować się z tobą i przypomnieć ci o wizycie. Możemy również wykorzystywać i udostępniać innym Twoje CIZ, aby poinformować Cię o alternatywnych sposobach leczenia oraz o świadczeniach i usługach związanych z opieką zdrowotną, które mogłyby cię zainteresować.

### **SYTUACJE SPECJALNE**

**KIEDY WYMAGA TEGO PRAWO.** Ujawnimy Twoje CIZ kiedy będzie tego wymagało prawo lokalne, stanowe, federalne lub międzynarodowe.

**RODZINA I PRZYJACIELE.** Możemy udostępniać CIZ członkom Twojej rodziny, przyjaciołom lub innym osobom, które wymienisz jako osoby zaangażowane w opiekę zdrowotną nad Tobą lub osoby, które pomagają ją opłacić. Jeśli przebywałeś w jednej z naszych placówek, możemy poinformować Twoją rodzinę lub przyjaciół o twoim stanie zdrowia. Możemy również udostępnić informacje o stanie twojego zdrowia organizacji pomocy ofiarom katastrofy po to, aby twoja rodzina mogła zostać powiadomiona o twoim stanie zdrowia i miejscu przebywania. Możesz zdecydować o nieujawnianiu takich informacji, ale musisz nas o tym poinformować.

**ZAGROŻENIA ZDROWIA LUB BEZPIECZEŃSTWA.** Możemy wykorzystywać i udostępniać innym CIZ kiedy jest to konieczne, aby zapobiec poważnemu zagrożeniu dla twojego zdrowia i bezpieczeństwa lub zdrowia i bezpieczeństwa publicznego lub innej osoby. Informacje zostaną ujawnione tylko osobie, która może być w stanie zapobiec zagrożeniu.

**NAGŁE WYPADKI.** Możemy wykorzystywać i udostępniać innym osobom CIZ, aby zapewnić leczenie w nagłych wypadkach.

**PARTNERZY BIZNESOWI.** Możemy ujawniać CIZ naszym partnerom biznesowym, którzy w naszym imieniu pełnią pewne funkcje lub świadczą nam usługi, w przypadku gdy CIZ są niezbędne dla wykonania takich funkcji lub usług. Wszyscy nasi partnerzy biznesowi są zobowiązani do ochrony prywatności Twoich CIZ i nie wolno im wykorzystywać ani ujawniać CIZ w przypadkach innych niż te opisane w kontrakcie.

**DAWSTWO NARZĄDÓW I TKANEK.** Jeśli jesteś dawcą narządów, możemy wykorzystywać lub ujawniać Twoje CIZ organizacjom, zajmującym się pobieraniem narządów lub innym podmiotom zaangażowanym w pobieranie, przechowanie i transport narządów, oczu lub tkanek, aby ułatwić dawstwo narządów, oczu lub tkanki i ich przeszczep.

**WOJSKOWI I WETERANI.** Jeśli jesteś członkiem sił zbrojnych, możemy wykorzystać CIZ jeśli będzie to wymagane przez zwierzchnie władze wojskowe. Możemy również ujawniać CIZ właściwym władzom wojskowym innych krajów jeśli jesteś członkiem służb wojskowych innego kraju. **ODSZKODOWANIA**

**PRACOWNICZE.** Możemy udostępniać CIZ w celach związanych z odszkodowaniami pracowniczymi lub podobnymi programami. Programy takie zapewniają odszkodowania za urazy lub choroby związane z pracą. **ZAGROŻENIA ZWIĄZANE ZE ZDROWIEM PUBLICZNYM.** Możemy ujawniać CIZ dla

czynności związanych ze zdrowiem publicznym. Czynności te na ogół obejmują ujawnienie informacji w celu zapobiegania lub kontroli chorób, urazów lub kalectwa: zgłaszanie urodzin lub zgonów; zgłaszanie chorób zakaźnych lub przenoszonych drogą płciową; zgłaszanie wykorzystywania seksualnego lub zaniedbywania dzieci; zgłaszanie reakcji na leki lub problemów z produktami; powiadomienie osób o wycofaniu ze sprzedaży produktów, których mogą właśnie używać; powiadomienie osoby, która mogła być narażona na kontakt z chorobą lub może być zagrożona nabawieniem się pewnej choroby lub może zakażać innych; oraz powiadomienie właściwego organu rządowego jeśli uważamy, że pacjent jest ofiarą molestowania, zaniedbania lub przemocy domowej. Informacje będą ujawniane tylko jeśli wyrazisz na to zgodę lub jeśli będzie to wymagane prawem. **DZIAŁANIA NADZORUJĄCE OPIEKĘ**

**ZDROWOTNĄ.** Możemy ujawniać CIZ agencjom nadzorującym opiekę zdrowotną w związku z czynnościami, do których upoważnia prawo. Czynności nadzorujące obejmują na przykład dochodzenia, audyty, kontrole i wydawanie licencji. Czynności te są niezbędne, aby rząd mógł monitorować system opieki zdrowotnej, programy rządowe i przestrzeganie przepisów dotyczących praw obywatelskich. Jeśli uczestniczysz w sprawie sądowej lub sporze, możemy ujawnić Twoje CIZ w odpowiedzi na nakaz sądowy lub administracyjny. Możemy również ujawnić CIZ w odpowiedzi na wezwanie do sądu, żądanie ujawnienia lub inny prawomocny proces prawny dokonany przez inną osobę zaangażowaną w spór, ale tylko w przypadku gdy podjęto wysiłki, aby poinformować Cię o takim żądaniu lub uzyskać nakaz chroniący żądane CIZ.

## **SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ I SZPITALI OKRĘGU COOK**

### **POWIADOMIENIE O ZASADACH PRZESTRZEGANIA PRAWA DO PRYWATNOŚCI**

**STOSOWANIE PRAWA.** Możemy ujawnić CIZ na żądanie urzędnika organów egzekucyjnych, jeśli CIZ: (1) są udzielane w odpowiedzi na nakaz sądowy, wezwanie do sądu, list gończy, nakaz stawiennictwa lub podobny proces; (2) są ograniczone do informacji, które pozwolą zidentyfikować lub zlokalizować podejrzanego, osobę ściganą, istotnego świadka lub osobę zaginioną; (3) dotyczą ofiary zbrodni, nawet

jeśli, w pewnych bardzo ograniczonych okolicznościach, nie jesteśmy w stanie uzyskać zgody tej osoby; (4) dotyczą śmierci, która naszym zdaniem może być wynikiem czynu kryminalnego; (5) dotyczą czynu karalnego dokonanego na naszym terenie; i (6) są konieczne w nagłej sytuacji do zgłoszenia przestępstwa, lokalizacji przestępstwa lub ofiar, lub do zgłoszenia tożsamości, podania opisu lub lokalizacji osoby, która popełniła przestępstwo. **KORONERZY, LEKARZE SĄDOWI I DYREKTORZY DOMÓW POGRZEBOWYCH.** Możemy ujawniać CIZ koronerom lub lekarzom sądowym. Może być to na przykład konieczne do zidentyfikowania zmarłej osoby lub określenia przyczyny śmierci. Możemy również udostępnić CIZ dyrektorom domów pogrzebowych, jeśli będzie to konieczne do wykonania ich obowiązków.

**DZIAŁANIA ZWIĄZANE Z BEZPIECZEŃSTWEM NARODOWYM I WYWIADEM.** Możemy ujawniać CIZ upoważnionym urzędnikom federalnym dla celów wywiadu, kontrwywiadu i innych dozwolonych prawem działań dotyczących bezpieczeństwa narodowego. Możemy również ujawnić CIZ upoważnionym urzędnikom federalnym, aby mogli zapewnić ochronę Prezydentowi, innym upoważnionym osobom lub przywódcom innych krajów, lub prowadzić specjalne dochodzenia.

**INFORMACJE NIEPOZWALAJĄCE NA IDENTYFIKACJĘ OSOBY.** Możemy wykorzystać lub ujawnić Twoje CIZ w sposób, który nie pozwoli na zidentyfikowanie Cię, lub ujawnienie kim jesteś.

#### **INNE WYKORZYTANIA I UJAWNIEŃ**

Bez Twojej wyraźnej zgody nie będziemy wykorzystywali ani ujawniali Twoich CIZ w celach innych niż te opisane w poprzednich częściach. Musimy uzyskać od Ciebie upoważnienie niezależnie od wyrażonej wcześniej zgody. Jeśli wyrazisz zgodę na wykorzystanie lub ujawnienie CIZ, możesz ją w dowolnej chwili anulować w formie pisemnej. Jeśli anulujesz zgodę, nie będziemy dłużej wykorzystywali ani ujawniali Twoich CIZ w celach określonych w pisemnym upoważnieniu, ale nie możemy cofnąć wykorzystanych ani ujawnionych za Twoją zgodą informacji.

W stanie Illinois, wyraźne pisemne upoważnienie (inne niż upoważnienie i zgoda, o których mowa powyżej) wymagane jest do ujawnienia lub udostępnienia dokumentacji leczenia choroby psychicznej, choroby alkoholowej, uzależnienia od narkotyków lub HIV/AIDS.

Nie wykorzystujemy a ni nie ujawniamy CIZ do celów marketingowych lub badawczych.

#### **TWOJE PRAWA**

Masz następujące prawa odnośnie CIZ, które posiadamy na Twój temat:

**PRAWO DO PRZEGLĄDANIA I KOPIOWANIA.** Masz prawo do przeglądania i kopiowania CIZ, które mogą być wykorzystane do podjęcia decyzji o opiece lub opłacie za opiekę nad Tobą. Dotyczy to dokumentacji medycznej i rachunków innych niż notatki psychoterapeutyczne. Aby skontrolować i skopiować te CIZ musisz złożyć pisemny wniosek do: The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. Jeśli zażadasz kopii niniejszych CIZ, może za nie obowiązywać opłata zgodna z przepisami stanu Illinois. W pewnych ograniczonych okolicznościach możemy odrzucić Twój wniosek. Możesz zażądać rewizji odmowy. Jeśli rewizja wymagana jest prawem, wybierzemy licencjonowanego profesjonalistę opieki zdrowotnej, który przeprowadzi rewizję Twojego wniosku i naszej odmowy. Osoba przeprowadzająca rewizję nie będzie tą samą osobą, która odrzuciła Twój wniosek, zastosujemy się do wyniku rewizji.

**PRAWO DO WNOSZENIA POPRAWEK** Jeśli uważasz, że Twoje CIZ są nieprawidłowe lub niepełne, możesz zażądać od nas wprowadzenia poprawek do tych informacji. Możesz zażądać takich poprawek tak długo jak Twoje CIZ są przechowywane przez nasze biuro. Aby zażądać wprowadzenia poprawki, musisz złożyć pisemny wniosek do: The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. W przypadkach dozwolonych prawem możemy odrzucić Twój wniosek.

**PRAWO DO OTRZYMANIA LISTY UJAWNIEŃ.** Masz prawo do otrzymania od nas listy ujawnień twoich CIZ, dokonanych w celach innych niż leczenie, płatności lub operacje związane z opieką zdrowotną, które nie stanowią wyjątków listy ujawnień, lub na które wyraziłeś pisemną zgodę. Aby zażądać listy ujawnień, musisz złożyć pisemny wniosek do: The Office of Corporate Compliance, Cook

County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. Możesz zostać obciążony kosztami dostarczenia takiej listy. Poinformujemy Cię o takich kosztach i będziesz mógł wycofać lub zmodyfikować swój wniosek, zanim jeszcze koszty te zostaną poniesione.

**PRAWO DO ŻĄDANIA OGRANICZEŃ.** Masz prawo zażądać ograniczenia CIZ, które wykorzystujemy lub ujawniamy do celów leczenia, płatności lub operacji dotyczących opieki zdrowotnej. Masz również prawo zażądać ograniczenia CIZ, które ujawniamy osobom zaangażowanym w opiekę nad Tobą lub opłacenie opieki, takim jak członkowie rodziny lub przyjaciele. Możesz na przykład zażądać, abyśmy nie ujawniali Twojej małżonce/malżonkowi informacji na temat określonej diagnozy lub leczenia. Aby zażądać ograniczenia, musisz złożyć pisemny wniosek do: The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. Nie musimy zgodzić się na Twoje żądanie. Jeśli wyrazimy zgodę, będziemy przestrzegali twego żądania, chyba że CIZ będą konieczne do zapewnienia ci leczenia w nagłej sytuacji.

**PRAWO DO ŻĄDANIA ZACHOWANIA POUFNOŚCI INFORMACJI.** Masz prawo zażądać, abyśmy informowali Cię o kwestiach medycznych w określony sposób lub w określonym miejscu. Możesz na przykład zażądać, abyśmy kontaktowali się z Tobą tylko listownie lub w pracy. Aby zażądać zachowania poufności informacji, musisz złożyć pisemny wniosek do: The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. We wniosku należy określić jak lub gdzie mamy się z Tobą kontaktować. Zgodzimy się na każde rozsądne żądanie.

**PRAWO DO UZYSKANIA KOPII NINIEJSZEGO POWIADOMIENIA.** Masz prawo do otrzymania kopii na papierze niniejszego powiadomienia. W każdej chwili możesz zażądać dostarczenia kopii niniejszego powiadomienia. Aby otrzymać kopię na papierze niniejszego powiadomienia, skontaktuj się z: The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612.

**ZMIANY W NINIEJSZYM POWIADOMIENIU.** Zastrzegamy sobie prawo do zmiany niniejszego powiadomienia i zastosowania nowego powiadomienia do CIZ, które już posiadamy, jak i do informacji, które uzyskamy w przyszłości. Kopia aktualnego powiadomienia będzie dostępna w naszym biurze. Data wejścia w życie nowego powiadomienia będzie umieszczona na pierwszej stronie pod tytułem dokumentu.

#### **SKARGI**

Jeśli uważasz, że Twoje prawo do zachowania prywatności zostało naruszone, możesz złożyć skargę do CCHHS lub do Sekretarza Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej. Aby złożyć skargę do CCHHS, skontaktuj się z: The Office of Corporate Compliance, Cook County Health & Hospitals System, 1900 West Polk, Suite 123, Chicago, IL 60612. Wszystkie skargi muszą mieć formę pisemną. Za złożenie skargi nie będziesz karany.