

Aviso sobre Práticas de Privacidade

Este aviso descreve como as suas informações médicas podem ser usadas e divulgadas, e como você pode obter acesso a essas informações. e divulgadas, e como você pode obter acesso a essas informações.



DCF-2236
04/03 (Novo)

Por favor, leia este aviso com atenção.

O Departamento de Crianças e Famílias (DCF) é obrigado pela lei federal a manter a privacidade das suas informações de saúde e deseja informá-lo(a) sobre as práticas que desempenha para proteger as suas informações. O DCF é obrigado a seguir os termos desta notificação. O DCF pode receber informações apresentadas pelos seus provedores enquanto você é cliente do DCF. As informações registradas e mantidas pelo DCF são conhecidas como "Informação de Saúde Protegida" ou PHI. O DCF não usará ou divulgará a sua PHI sem sua autorização prévia, exceto conforme descrito neste aviso.

O DCF tem o direito de alterar suas práticas e validar as novas disposições para todas as Informações de Saúde Protegidas por ele mantidas. Em caso de mudança em suas práticas, o DCF revisará esta notificação e a disponibilizará mediante solicitação ou após sua nova data de vigência. Este aviso entra em vigor a partir de 14 de abril de 2003.

Definições

O termo **Indivíduo** refere-se à pessoa que é o sujeito das informações de saúde protegidas.

O termo **Informação de Saúde Protegida** refere-se a informações de identificação pessoal mantidas ou transmitidas em qualquer forma.

O termo **Autorização** refere-se à permissão concedida pelo paciente ou responsável pelo paciente para usar ou divulgar informações de saúde protegidas para outros fins que não sejam operações de saúde; por exemplo, teste de HIV ou teste toxicológico.

O termo **Tratamento** refere-se à provisão, coordenação ou gestão de cuidados de saúde e serviços relacionados por um ou mais profissionais de saúde.

O termo **Pagamento** consiste nas atividades realizadas por um plano de saúde ou profissional de saúde para obter ou fornecer reembolso pela prestação de serviços de saúde.

O termo **Operações de saúde** refere-se às atividades administrativas, financeiras e jurídicas que apoiam as funções essenciais de tratamento e pagamento dos cuidados de saúde.

Uso e divulgação

Suas PHI são usadas principalmente para:

- Tratamento: compartilhadas com outro médico responsável pelo tratamento
- Pagamento: p.ex., a uma farmácia ou medicamento
- Operações de saúde: Ações de qualidade interna do DCF
- Lembrar você das consultas do tratamento ou das reuniões do plano de tratamento, ou informar sobre seu tratamento e saúde.

As divulgações permitidas das suas PHI, sem a sua autorização, podem incluir:

- Abuso ou negligência e processos judiciais associados
- Pesquisa médica
- Autoridades
- Jovem condenado
- Saúde pública
- Notificação de um membro da família ou tutor a respeito da sua localização da sua condição.

Quais são os seus direitos?

Você (seu pai, mãe ou responsável) tem direito a:

- Solicitar, por escrito, restrições sobre certos usos e divulgações das informações de saúde protegidas. O DCF tem o direito de negar as restrições.
- Receber comunicações confidenciais de PHI através de um método alternativo, como por exemplo, notificação por e-mail.
- Verificar e copiar seu prontuário médico somente mediante solicitação por escrito.
- Solicitar correção das suas PHI.
- Receber um relatório das divulgações das suas PHI feitas pelo DCF.
- Receber uma cópia impressa deste aviso mediante solicitação.
- Revogar, por escrito, uma autorização a qualquer momento.

Como faço para relatar um problema?

Se achar que seus direitos de privacidade foram violados, você pode registrar uma reclamação por escrito junto ao Escritório de Privacidade do DCF, localizado na 505 Hudson Street, Hartford, CT 06106 ou junto ao Departamento de Saúde e Serviços Humanos (DHHS). Não haverá retaliação pelo registro de uma reclamação.

Gostaria de obter mais informações?

Em caso de dúvidas, ou se quiser obter mais informações, entre em contato com o **Escritório de Privacidade do DCF ligando para 1-866-360-1734**.

Entendo que meus registros são protegidos pelas regulamentações federais contidas na Lei de Responsabilidade e Portabilidade de Planos de Saúde de 1996 (HIPAA), Lei Pública 104-191.

Também entendo que posso restringir ou proibir certos usos e divulgações a qualquer momento, exceto se medidas tiverem sido tomadas com base nas informações previamente divulgadas.

Assinatura do cliente/paciente:

(ou representante autorizado, quando exigido)

Data: _____

Assinatura do(a) funcionário(a) do DCF:

(confirmação de que o cliente recebeu uma cópia do aviso)

Data: _____