



# Ειδοποίηση σχετικά με τις Πρακτικές Απορρήτου

**Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΙ ΠΩΣ ΔΥΝΑΤΑΙ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΟΥΝ ΚΑΙ ΝΑ ΑΠΟΚΑΛΥΦΘΟΥΝ ΟΙ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΑΣ ΚΑΙ ΠΩΣ ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΕΧΕΤΕ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΑΥΤΕΣ ΤΙΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ. ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ.**

Εάν έχετε ερωτήσεις σχετικά με την παρούσα ειδοποίηση, επικοινωνήστε με το Γραφείο Ποιότητας και Ασφάλειας Ασθενών στον αριθμό 617-754-5164.

Η ειδοποίηση αυτή περιγράφει τις πρακτικές:

- Του Νοσοκομείου New England Baptist και όλων των θυγατρικών του, περιοχών του και τοποθεσιών του. Όλες αυτές οι θυγατρικές, περιοχές και τοποθεσίες τηρούν τους όρους της παρούσας ειδοποίησης. Επιπλέον, αυτές οι θυγατρικές, περιοχές και τοποθεσίες ενδέχεται να μοιραστούν ιατρικές πληροφορίες μεταξύ τους για θεραπεία, σκοπούς πληρωμών ή νοσοκομειακές επιχειρήσεις που περιγράφονται στην παρούσα ειδοποίηση.
- Κάθε επαγγελματία υγείας που έχει την εξουσιοδότηση να καταχωρήσει πληροφορίες στο νοσοκομειακό σας αρχείο εκ μέρους αυτών των θυγατρικών.
- Όλων των τμημάτων και μονάδων του νοσοκομείου.
- Κάθε μέλους εθελοντικής ομάδας στο οποίο επιτρέπουμε να σας βοηθήσει ενώ βρίσκεστε στο νοσοκομείο.
- Όλων των υπαλλήλων, του προσωπικού και κάθε άλλου νοσοκομειακού προσωπικού.

Η παρούσα ειδοποίηση περιγράφει τους τρόπους με τους οποίους ενδέχεται να χρησιμοποιήσουμε και να αποκαλύψουμε τις ιατρικές σας πληροφορίες. Περιγράφει επίσης τα δικαιώματά σας καθώς και ορισμένες υποχρεώσεις που έχουμε σχετικά με τη χρήση και την αποκάλυψη των ιατρικών σας πληροφοριών.

## **Είμαστε υποχρεωμένοι από το νόμο να:**

- επιβεβαιώσουμε ότι οι ιατρικές πληροφορίες που σας ταυτοποιούν διατηρούνται εμπιστευτικές,
- σας παρέχουμε αυτήν την ειδοποίηση σχετικά με τα νομικά μας καθήκοντα και τις πρακτικές απορρήτου όσον αφορά τις ιατρικές σας πληροφορίες, και να τηρήσουμε τους όρους της ειδοποίησης που ισχύει τώρα.

**Κατανόηση του Ιατρικού Αρχείου/των Ιατρικών Πληροφοριών σας.** Κάθε φορά που επισκέπτεστε ένα νοσοκομείο, έναν ιατρό ή άλλον επαγγελματία υγείας, δημιουργείται ένα αρχείο της επίσκεψής σας. Το αρχείο αυτό περιέχει συνήθως τα συμπτώματά σας, το ιατρικό ιστορικό σας, τις εξετάσεις, τα αποτελέσματα εξετάσεων, τη θεραπεία και ένα σχέδιο για μελλοντική φροντίδα ή θεραπεία. Οι πληροφορίες αυτές, οι οποίες αποκαλούνται συνήθως το αρχείο υγείας σας ή το ιατρικό σας αρχείο, χρησιμεύουν ως:

- βάση για τον προγραμματισμό της φροντίδας και της θεραπείας σας
- τρόπος επικοινωνίας μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών υγείας που συνεισφέρουν στην φροντίδα σας
- νομικό έγγραφο που περιγράφει τη φροντίδα που λάβατε
- τρόπο με τον οποίον εσείς ή άλλος πληρωτής μπορεί να επαληθεύσει ότι σας παρασχέθηκαν



- όντως οι υπηρεσίες που χρεωθήκατε
- εργαλείο για την εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας
  - πηγή δεδομένων για ιατρική έρευνα
  - πηγή πληροφοριών για φορείς δημόσιας υγείας που είναι υπεύθυνοι για τη βελτίωση της υγείας της χώρας
  - πηγή δεδομένων για το σχεδιασμό εγκαταστάσεων και μάρκετινγκ
  - εργαλείο με το οποίο έχουμε πρόσβαση και με το οποίο εργαζόμαστε συνεχώς για να βελτιώσουμε τη φροντίδα που παρέχουμε και τα αποτελέσματα που επιτυγχάνουμε

### **Η κατανόηση του περιεχομένου του αρχείου σας και της χρήσης των πληροφοριών υγείας σας σας βοηθά να:**

- επιβεβαιώσετε την ακρίβειά του
- καταλάβετε καλύτερα ποιος, τι, πότε, που και γιατί άλλα άτομα μπορούν να έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες υγείας σας
- λάβετε περισσότερο πληροφορημένες αποφάσεις όταν εξουσιοδοτείτε αποκάλυψη σε άλλους

**Πώς ενδέχεται να αποθηκεύσουμε τις ιατρικές σας πληροφορίες.** Το ιατρικό αρχείο σας μπορεί να είναι χειρόγραφο, εκτυπωμένο, δακτυλογραφημένο ή σε ηλεκτρονικό ψηφιακό μέσο. Τα μέρη του αρχείου που είναι χειρόγραφα, εκτυπωμένα ή δακτυλογραφημένα μπορεί να μετατραπούν σε ηλεκτρονικό ψηφιακό μέσο σύμφωνα με το νόμο της Μασαχουσέτης. Μπορεί να καταστρέψουμε όλο το ιατρικό αρχείο σας ή μέρος αυτού στο μέλλον, αλλά μόνον εφόσον έχει παρέλθει η νομικά απαιτούμενη περίοδος διατήρησης και έχουμε ειδοποιήσει το Τμήμα Δημόσιας Υγείας της Μασαχουσέτης, σύμφωνα με τους κανονισμούς του. Προς το παρόν, η πολιτική διατήρησης του Νοσοκομείου υπαγορεύει να διατηρούνται τα ιατρικά αρχεία για 20 χρόνια.

**Πώς ενδέχεται να χρησιμοποιήσουμε και να αποκαλύψουμε ιατρικές πληροφορίες.** Τα παρακάτω περιγράφουν τους διάφορους τρόπους με τους οποίους μας επιτρέπεται να χρησιμοποιήσουμε και να αποκαλύψουμε ιατρικές πληροφορίες. Για κάθε κατηγορία χρήσεων ή αποκάλυψεων θα εξηγήσουμε τι εννοούμε και θα προσπαθήσουμε να παρέχουμε ορισμένα παραδείγματα. Δεν θα περιγράψουμε κάθε χρήση ή αποκάλυψη σε κάθε κατηγορία. Ωστόσο, όλοι οι τρόποι με τους οποίους μας επιτρέπεται να χρησιμοποιήσουμε και να αποκαλύψουμε πληροφορίες θα εμπίπτουν σε μία από τις κατηγορίες.

- **Για θεραπεία.** Μπορεί να χρησιμοποιήσουμε τις ιατρικές πληροφορίες σας για να σας παρέχουμε ιατρική θεραπεία ή υπηρεσίες. Μπορεί να αποκαλύψουμε ιατρικές πληροφορίες που σχετίζονται με εσάς στους ιατρούς, νοσοκόμους, τεχνικούς, φοιτητές ιατρικής, ή άλλο νοσοκομειακό προσωπικό που συμμετέχουν στη φροντίδα σας στο νοσοκομείο ή εκτός του νοσοκομείου. Τα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου ενδέχεται επίσης να μοιραστούν ιατρικές πληροφορίες που σχετίζονται με εσάς για να συντονίσουν τις διάφορες υπηρεσίες/θεραπείες που χρειάζεστε, όπως συνταγές φαρμάκων, εργασίες εργαστηρίων, και ακτίνες. Μπορεί να αποκαλύψουμε επίσης ιατρικές πληροφορίες που σχετίζονται με εσάς σε άτομα που συμμετέχουν στη διατήρηση της υγείας σας ή της ευημερίας σας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας στο νοσοκομείο και μετά το εξιτήριο, όπως σε οικογενειακά μέλη, φίλους, υπηρεσίες φροντίδας κατ' οίκον, υπηρεσίες υποστήριξης, ιερείς, ή άλλους που παρέχουν υπηρεσίες οι οποίες είναι απαραίτητες για την ευημερία σας.
- **Για πληρωμή.** Μπορεί να χρησιμοποιήσουμε τις ιατρικές πληροφορίες σας ώστε η θεραπεία και οι υπηρεσίες που λαμβάνετε στο νοσοκομείο να χρεωθούν και να εισπραχθεί πληρωμή από εσάς, μια ασφαλιστική εταιρεία, ή τρίτο μέλος. Μπορεί να ειδοποιήσουμε το ασφαλιστικό σας πρόγραμμα σχετικά με μια θεραπεία που θα λάβετε ώστε να λάβουμε προηγούμενη έγκριση ή για να καθοριστεί εάν το πρόγραμμά σας θα καλύψει τη θεραπεία. Μπορεί να δώσουμε επίσης πληροφορίες σε κάποιο άτομο που βοηθά στην πληρωμή της φροντίδας σας.



- **Για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.** Μπορεί να χρησιμοποιήσουμε και να αποκαλύψουμε τις ιατρικές πληροφορίες σας για νοσοκομειακές λειτουργίες. Οι νοσοκομειακές λειτουργίες αποτελούν δραστηριότητες που είναι απαραίτητες για τη λειτουργία του νοσοκομείου και για να εξασφαλίσουν ότι όλοι οι ασθενείς μας λαμβάνουν ποιοτική φροντίδα. Μπορεί να συνδυάσουμε ιατρικές πληροφορίες για πολλούς ασθενείς του νοσοκομείου ώστε να λάβουμε αποφάσεις σχετικά με ποιες συμπληρωματικές υπηρεσίες θα πρέπει να παρέχει το νοσοκομείο, ποιες υπηρεσίες δεν είναι απαραίτητες, και εάν ορισμένες νέες θεραπείες είναι αποτελεσματικές. Μπορεί επίσης να αποκαλύψουμε πληροφορίες σε ιατρούς, νοσοκόμους, τεχνικούς, φοιτητές ιατρικής, ή άλλο νοσοκομειακό προσωπικό για σκοπούς αναθεώρησης και εκπαίδευσης. Όταν το κάνουμε αυτό, θα αφαιρεθούν οι πληροφορίες που σας ταυτοποιούν από αυτό το σετ ιατρικών πληροφοριών ώστε να το χρησιμοποιήσουν άλλα άτομα για να μελετήσουν τη φροντίδα υγείας και την παροχή φροντίδας υγείας χωρίς να μάθουν ποιοι είναι οι συγκεκριμένοι ασθενείς. Εάν αλλάξει ο ιδιοκτήτης του νοσοκομείου ως αποτέλεσμα πώλησης, μεταφοράς, συγχώνευσης ή ενοποίησης, οι ιατρικές πληροφορίες θα αποκαλυφθούν στο νέο ιδιοκτήτη, εφόσον τηρούν τις ίδιες πρακτικές απορρήτου.

## Άλλα παραδείγματα υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

**Υπενθυμίσεις για ραντεβού.** Μπορεί να χρησιμοποιήσουμε και να αποκαλύψουμε ιατρικές πληροφορίες για να επικοινωνήσουμε μαζί σας ως υπενθύμιση του ραντεβού σας για θεραπεία ή ιατρική φροντίδα στο νοσοκομείο.

**Εναλλακτικές θεραπείες.** Μπορεί να χρησιμοποιήσουμε και να αποκαλύψουμε ιατρικές πληροφορίες για να σας πληροφορήσουμε ή για να σας συστήσουμε επιλογές θεραπείας ή οφέλη που σχετίζονται με την υγεία και τα οποία μπορεί να σας ενδιαφέρουν.

**Δραστηριότητες.** Μπορεί να χρησιμοποιήσουμε τις δημογραφικές σας πληροφορίες για να επικοινωνήσουμε μαζί σας ώστε να συγκεντρωθούν χρήματα για το νοσοκομείο και τις λειτουργίες του. Θα αποκαλύψουμε μόνο πληροφορίες επικοινωνίας όπως το όνομά σας, τη διεύθυνσή σας και το τηλέφωνό σας, και τις ημερομηνίες που λάβατε θεραπεία ή υπηρεσίες στο νοσοκομείο. Εάν δεν θέλετε να επικοινωνήσει το νοσοκομείο μαζί σας για λόγους εράνου, πρέπει να στείλετε μια γραπτή ειδοποίηση στο NEBH, Office of Philanthropy, 125 Parker Hill Avenue, Boston, MA 02120.

**Κατάλογος νοσοκομείου.** Μπορεί να συμπεριλάβουμε ορισμένες περιορισμένες πληροφορίες που σχετίζονται με εσάς στον κατάλογο του νοσοκομείου ενώ νοσηλεύεστε στο νοσοκομείο. Οι πληροφορίες αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν το όνομά σας, τη θέση σας στο νοσοκομείο, τη γενική σας κατάσταση (π.χ., καλή, μέτρια, κτλ.) και τη θρησκεία σας. Οι πληροφορίες καταλόγου, εκτός από τη θρησκεία σας, μπορεί να αποκαλυφθούν επίσης σε άτομα που σας ζητούν με το όνομά σας. Το όνομά σας μπορεί να δοθεί σε ιερείς, ακόμη και εάν δεν σας ζητήσουν με το όνομά σας. Εάν δεν θέλετε να συμπεριληφθείτε στον κατάλογο του νοσοκομείου, επικοινωνήστε με τη νοσοκόμα σας.

**Σε περιπτώσεις καταστροφής, όπως αυτές που περιλαμβάνουν πολλά θύματα, μπορεί να αποκαλύψουμε γενικές πληροφορίες, όπως: το νοσοκομείο περιθάλλει τέσσερα άτομα που μεταφέρθηκαν από άλλο νοσοκομείο.**

**Έρευνα.** Μπορεί να αποκαλύψουμε πληροφορίες σε ερευνητές όταν ένα επιστημονικό συμβούλιο εγκρίσεων που έχει αναθεωρήσει την ερευνητική πρόταση και τα καθιερωμένα πρωτόκολλα για την εξασφάλιση απορρήτου των πληροφοριών υγείας σας, εγκρίνει την έρευνα.

**Όπως απαιτείται από το νόμο.** Θα αποκαλύψουμε τις ιατρικές πληροφορίες σας όταν μας απαιτηθεί αυτό από τον ομοσπονδιακό, πολιτειακό ή τοπικό νόμο.



**Για την αποτροπή σοβαρής απειλής στην υγεία ή στην ασφάλεια.** Μπορεί να χρησιμοποιήσουμε και να αποκαλύψουμε τις ιατρικές πληροφορίες σας όταν είναι απαραίτητο για να αποτρέψουμε μια σοβαρή απειλή στην υγεία σας και στην ασφάλειά σας ή στην υγεία και την ασφάλεια του κοινού ή άλλου ατόμου. Ωστόσο, κάθε αποκάλυψη, θα γίνει σε άτομο που είναι ικανό να αποτρέψει την απειλητική βλάβη.

**Ειδικές περιπτώσεις.** Μπορεί να αποκαλύψουμε ιατρικές πληροφορίες που σχετίζονται με εσάς σε οντότητα που βοηθά σε προσπάθεια ανακούφισης από καταστροφή ώστε να ειδοποιηθεί η οικογένειά σας σχετικά με την κατάστασή σας, τη θέση σας και την τοποθεσία σας.

**Δωρεά οργάνων και ιστών.** Εάν είστε πιθανός δότης οργάνων, μπορεί να αποκαλύψουμε ιατρικές πληροφορίες στους οργανισμούς προμήθειας οργάνων ή σε τράπεζες οφθαλμών και ιστών, όπως χρειάζεται, για τη διευκόλυνση δωρεάς οργάνων ή ιστών και τη μεταμόσχευση.

**Στρατός και βετεράνοι.** Εάν είστε μέλος των ενόπλων δυνάμεων, μπορεί να αποκαλύψουμε τις ιατρικές πληροφορίες σας όπως απαιτείται από το νόμο. Μπορεί να αποκαλύψουμε επίσης ιατρικές πληροφορίες σχετικά με το προσωπικό ξένου στρατού στις κατάλληλες ξένες στρατιωτικές αρχές όπως απαιτείται από το νόμο.

**Αποζημίωση εργαζομένων.** Μπορεί να αποκαλύψουμε τις ιατρικές πληροφορίες σας για αποζημίωση εργαζομένων ή παρόμοια προγράμματα. Αυτά τα προγράμματα παρέχουν επιδόματα για τραυματισμούς ή ασθένειες που σχετίζονται με εργασία.

**Οργανωμένες διευθετήσεις φροντίδας υγείας.** Το Νοσοκομείο New England Baptist και όλες οι θυγατρικές, περιοχές και τοποθεσίες του συμμετέχουν σε έναν Ανεξάρτητο Όμιλο Πρακτικής/Οργανισμού Νοσοκομείου Ιατρών με ορισμένες σχετικές θυγατρικές οντότητες, που θεωρείται ως Οργανωμένη Διευθέτηση Φροντίδας Υγείας (OHCA) υπό το Νόμο περί Διαθεσιμότητας και Υπευθυνότητας της Ασφάλισης Υγείας (HIPAA). Διατίθεται μία λίστα των σχετιζόμενων μελών της OHCA στην ιστοσελίδα του NEBH στη διεύθυνση [www.nebh.org](http://www.nebh.org). Τα μέλη της OHCA μοιράζονται ιατρικές πληροφορίες για τη διαχείριση κοινών επιχειρησιακών δραστηριοτήτων.

**Κίνδυνοι δημόσιας υγείας.** Μπορεί να αποκαλύψουμε τις ιατρικές πληροφορίες σας για ορισμένες δραστηριότητες δημόσιας υγείας. Οι δραστηριότητες αυτές περιλαμβάνουν συνήθως τα παρακάτω:

- την αποτροπή ή τον έλεγχο ασθενειών, τραυματισμών ή αναπηρίας,
- την αναφορά γεννήσεων και θανάτων,
- την αναφορά κακομεταχείρισης ή/και παραμέλησης ενός παιδιού, γηραιού ατόμου ή ανάπηρου ατόμου,
- την αναφορά αντιδράσεων σε φάρμακα ή προβλήματα με προϊόντα,
- την ειδοποίηση ατόμων σχετικά με ανακλήσεις προϊόντων που πιθανόν χρησιμοποιούν,
- την ειδοποίηση ατόμου που έχει εκτεθεί δυνητικά σε μια ασθένεια ή ενδέχεται να διατρέχει κίνδυνο να κολλήσει ή να μεταδώσει μια ασθένεια ή κατάσταση.

**Δραστηριότητες επίβλεψης υγείας.** Μπορεί, όταν μας ζητηθεί, να αποκαλύψουμε τις ιατρικές πληροφορίες σας σε μια υπηρεσία επίβλεψης υγείας για δραστηριότητες που εξουσιοδοτούνται από το νόμο. Αυτές οι δραστηριότητες επίβλεψης περιλαμβάνουν ελέγχους, πιστοποιήσεις, έρευνες, επιθεωρήσεις και άδειες. Αυτές οι δραστηριότητες είναι απαραίτητες για να παρακολουθεί η κυβέρνηση το σύστημα φροντίδας υγείας, τα κυβερνητικά προγράμματα, και τη συμμόρφωση με τους νόμους πολιτικών δικαιωμάτων.

**Μηνύσεις και διενέξεις.** Εάν συμμετέχετε σε μία μήνυση ή διένεξη, μπορεί να αποκαλύψουμε τις ιατρικές πληροφορίες σας σε απάντηση δικαστικής εντολής. Υπό ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να αποκαλύψουμε επίσης τις ιατρικές πληροφορίες σας σε απάντηση κλήτευσης ή άλλης νομικής διαδικασίας, αλλά θα το κάνουμε μόνον εάν έχουν καταβληθεί προσπάθειες για την πληροφόρησή σας



ή για την απόκτηση εντολής για την προστασία των πληροφοριών που ζητείται ή εάν εσείς ή ένα δικαστήριο παρείχε γραπτή εξουσιοδότηση.

**Επιβολή του νόμου.** Μπορεί να αποκαλύψουμε τις ιατρικές πληροφορίες σας εάν μας ζητηθεί κάτι τέτοιο από ένα νομικό φορέα, εάν επιτρέπεται από το νόμο:

- Σε απάντηση δικαστικής εντολής, κλήτευσης, εντάλματος, κλήσης ή παρόμοιας διαδικασίας.
- Για την ταυτοποίηση ή τον εντοπισμό ενός υποψιαζόμενου ατόμου, φυγά, σημαντικού μάρτυρα, ή αγνοούμενου ατόμου.
- Σχετικά με το θύμα ενός εγκλήματος εάν, υπό ορισμένες περιορισμένες συνθήκες, δεν μπορούμε να λάβουμε τη συμφωνία του ατόμου.
- Σχετικά με θάνατο που πιστεύουμε ότι είναι το αποτέλεσμα εγκληματικής συμπεριφοράς.
- Σχετικά με εγκληματική συμπεριφορά στο νοσοκομείο, και
- Σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης: για να αναφέρουμε ένα έγκλημα, την τοποθεσία ενός εγκλήματος ή θυμάτων, ή για ταυτοποίηση, περιγραφή ή τοποθεσία του ατόμου που διέπραξε το έγκλημα.

**Ιατροδικαστές και διευθυντές κηδειών.** Μπορεί να αποκαλύψουμε ιατρικές πληροφορίες σε έναν ιατροδικαστή. Αυτό μπορεί να είναι απαραίτητο, για παράδειγμα, για την ταυτοποίηση ενός αποθανώντος ή για τον καθορισμό της αιτίας θανάτου. Μπορεί επίσης να αποκαλύψουμε ιατρικές πληροφορίες σχετικά με ασθενείς του νοσοκομείου σε διευθυντές κηδειών ή υπευθύνους όπως χρειάζεται για την εκτέλεση των καθηκόντων τους.

**Δραστηριότητες εθνικής ασφαλείας και πληροφοριών.** Εάν επιτρέπεται από το νόμο, μπορεί να αποκαλύψουμε τις ιατρικές πληροφορίες σας σε εξουσιοδοτημένους ομοσπονδιακούς αξιωματούχους για υπηρεσίες πληροφοριών, αντικατασκοπείας, και άλλων δραστηριοτήτων εθνικής ασφαλείας, που εξουσιοδοτούνται από το νόμο.

**Προστατευτικές υπηρεσίες για τον Πρόεδρο και άλλους.** Μπορεί να αποκαλύψουμε τις ιατρικές πληροφορίες σας σε εξουσιοδοτημένους ομοσπονδιακούς αξιωματούχους ώστε να παρέχουν προστασία στον Πρόεδρο, άλλα εξουσιοδοτημένα άτομα ή ξένους επικεφαλής κρατών ή για την εκτέλεση ειδικών ερευνών, εάν επιτρέπεται από το νόμο.

**Φυλακισμένοι.** Εάν είστε φυλακισμένος σε πειθαρχικό ίδρυμα ή υπό την επιτήρηση νομικού φορέα, μπορεί να αποκαλύψουμε ιατρικές πληροφορίες που σχετίζονται με εσάς στο πειθαρχικό ίδρυμα ή στον νομικό φορέα, υπό ορισμένες συνθήκες εάν επιτρέπεται από το νόμο. Η αποκάλυψη αυτή θα είναι απαραίτητη (1) για να σας παρέχει το ίδρυμα φροντίδα υγείας, (2) για να προστατεύσει την υγεία και την ασφάλειά σας ή την υγεία και την ασφάλεια άλλων, ή (3) για την ασφάλεια και προστασία του πειθαρχικού ιδρύματος.

**Περιπτώσεις όπου μας απαιτείται να αποκτήσουμε την εξουσιοδότησή σας.** Για τις περισσότερες περιπτώσεις που δεν περιγράφονται σε αυτήν την ειδοποίηση, απαιτούμαστε να αποκτήσουμε την εξουσιοδότησή σας για να αποκαλύψουμε τις πληροφορίες υγείας σας. Ορισμένες από αυτές τις περιπτώσεις περιλαμβάνουν:

- Τις περισσότερες χρήσεις και αποκάλυψεις ψυχοθεραπευτικών σημειώσεων
- Χρήσεις και αποκάλυψεις των πληροφοριών υγείας σας για σκοπούς μάρκετινγκ (εκτός ως μέρος της θεραπείας όπως για σύσταση των υπηρεσιών μας)
- Αποκαλύψεις που αποτελούν πώληση των πληροφοριών σας (σημειώστε ότι μας απαιτείται να συμπεριλάβουμε αυτό το σημείο από το νόμο αλλά δεν πουλάμε τις πληροφορίες σας)

Άλλες χρήσεις και αποκάλυψεις που δεν περιγράφονται στην παρούσα Ειδοποίηση, θα γίνουν μόνο εφόσον παρέχετε την εξουσιοδότησή σας.





## Τα δικαιώματά σας σχετικά με ιατρικές πληροφορίες που σχετίζονται με εσάς.

Έχετε τα παρακάτω δικαιώματα σχετικά με ιατρικές πληροφορίες που διατηρούμε για εσάς:

**Δικαίωμα να επιθεωρήσετε και να αποκτήσετε ένα αντίγραφο.** Έχετε το δικαίωμα να επιθεωρήσετε και να αποκτήσετε ένα αντίγραφο των ιατρικών πληροφοριών σας που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για λήψη αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα σας. Αυτή η αίτηση περιλαμβάνει συνήθως ιατρικά και λογιστικά αρχεία αλλά δεν περιλαμβάνει τις σημειώσεις ψυχοθεραπείας.

Για να επιθεωρήσετε και να αποκτήσετε ένα αντίγραφο των ιατρικών πληροφοριών σας που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη λήψη αποφάσεων για εσάς, πρέπει να υποβάλλετε την αίτησή σας γραπτώς για νοσοκομειακά αρχεία στο NEBH, Health Information Management, 125 Parker Hill Avenue, Boston, MA 02120. Εάν ζητήσετε ένα αντίγραφο των πληροφοριών, μπορεί να χρεώσουμε για το κόστος φωτοτυπιών, ταχυδρόμησης ή άλλων προμηθειών που σχετίζονται με την αίτησή σας. Για αντίγραφα των αρχείων του γραφείου ιατρού σας, παρακαλούμε να επικοινωνήσετε απευθείας με το γραφείο του ιατρού σας.

Μπορεί να αρνηθούμε την αίτησή σας για επιθεώρηση και απόκτηση ενός αντιγράφου σε ορισμένες πολύ περιορισμένες περιπτώσεις. Εάν σας αρνηθούν πρόσβαση στις ιατρικές πληροφορίες σας, μπορείτε να ζητήσετε να αναθεωρηθεί αυτή η άρνηση. Άλλοι επαγγελματίες υγείας που επιλέγονται από το νοσοκομείο θα αναθεωρήσουν την αίτησή σας και την άρνηση. Το άτομο που διεξάγει την αναθεώρηση δεν θα είναι το άτομο που αρνήθηκε την αίτησή σας. Θα συμμορφωθούμε με το αποτέλεσμα της αναθεώρησης.

**Δικαίωμα για τροποποίηση.** Εάν πιστεύετε ότι οι ιατρικές πληροφορίες που έχουμε σχετικά με εσάς είναι λανθασμένες ή ατελείς, μπορείτε να μας ζητήσετε να τροποποιήσουμε τις πληροφορίες. Έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε μια τροποποίηση εφόσον οι πληροφορίες διατηρούνται από ή για το νοσοκομείο. Η αίτησή σας για τροποποίηση θα αποτελέσει νομικό μέρος του ιατρικού αρχείου σας, που θα σταλθεί με το υπόλοιπο αρχείο όταν λαμβάνεται μια αίτηση για αντίγραφο. Δεν δύνανται να καταστραφεί κανένα μέρος των αρχικών εγγράφων του ιατρικού αρχείου.

Για να ζητήσετε μια τροποποίηση του νοσοκομειακού αρχείου σας, η αίτησή σας πρέπει να υποβληθεί γραπτώς στο NEBH, Health Information Management, 125 Parker Hill Avenue, Boston, MA 02120. Για να ζητήσετε μια τροποποίηση του αρχείου του γραφείου ιατρού σας, παρακαλούμε να επικοινωνήσετε απευθείας με το γραφείο του ιατρού σας. Επιπλέον, πρέπει να παρέχετε μια αιτία που να υποστηρίζει την αίτησή σας.

Μπορεί να αρνηθούμε την αίτησή σας για τροποποίηση εάν δεν είναι γραπτή ή δεν περιλαμβάνει μια αιτία για υποστήριξη της αίτησης. Μπορεί επίσης να αρνηθούμε την αίτησή σας εάν μας ζητήσετε να τροποποιήσουμε πληροφορίες που:

- Δεν δημιουργήθηκαν από εμάς, ή το άτομο ή την οντότητα που δημιούργησε τις πληροφορίες δεν είναι πλέον διαθέσιμο για να εκτελέσει την τροποποίηση.
- Δεν αποτελεί μέρος των ιατρικών πληροφοριών που διατηρούνται από ή για το νοσοκομείο.
- Δεν αποτελεί μέρος των πληροφοριών που επιτρέπεται να επιθεωρήσετε ή να αντιγράψετε, ή
- Είναι ακριβείς και πλήρεις.

**Δικαίωμα να ζητήσετε έκθεση των αποκαλύψεων.** Έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε μια «έκθεση των αποκαλύψεων». Αυτό είναι μια λίστα των αποκαλύψεων που κάναμε για τις ιατρικές πληροφορίες σας και για τις οποίες δεν αποκτήθηκε εξουσιοδότηση, ή οι οποίες δεν έγιναν για σκοπούς θεραπείας, πληρωμής ή υγειονομικών διαδικασιών.



Για να ζητήσετε αυτήν τη λίστα ή έκθεση αποκαλύψεων, πρέπει να υποβάλλετε μια αίτηση γραπτώς στο NEBH, Health Information Management, 125 Parker Hill Avenue, Boston, MA 02120. Η αίτησή σας πρέπει να δηλώνει μια χρονική περίοδο, που δεν πρέπει να υπερβαίνει τα έξι έτη. Η πρώτη λίστα που ζητάτε εντός 12 μηνών θα είναι δωρεάν. Για συμπληρωματικές λίστες, μπορεί να σας χρεώσουμε και μπορείτε να επιλέξετε να αποσύρετε ή να τροποποιήσετε την αίτησή σας τότε προτού χρεωθείτε.

**Δικαίωμα να ζητήσετε περιορισμούς.** Έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε περιορισμό στις ιατρικές πληροφορίες που χρησιμοποιούμε ή αποκαλύπτουμε για τη θεραπεία σας, την πληρωμή ή τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Έχετε επίσης το δικαίωμα να ζητήσετε ένα όριο για τις ιατρικές πληροφορίες που αποκαλύπτουμε σχετικά με εσάς σε κάποιον που συμμετέχει στη φροντίδα σας ή στην πληρωμή για τη φροντίδα σας, όπως ένα οικογενειακό μέλος ή φίλο. **Δεν είμαστε υποχρεωμένοι να συμφωνήσουμε με την αίτησή σας για περιορισμούς.** Εάν συμφωνήσουμε, θα συμμορφωθούμε με την αίτησή σας εκτός και αν οι πληροφορίες χρειάζονται για παροχή θεραπείας έκτακτης ανάγκης σε εσάς. Επιπλέον, έχετε το δικαίωμα να περιορίσετε την αποκάλυψη σε ένα ασφαλιστικό πρόγραμμα για υπηρεσία που εξοφλήσατε από την τσέπη σας.

Για να ζητήσετε περιορισμούς στα νοσοκομειακά σας αρχεία, πρέπει να υποβάλλετε την αίτησή σας γραπτώς στο, Office of Quality and Patient Safety, 125 Parker Hill Avenue, Boston, MA 02120. Στην αίτησή σας, πρέπει να μας πείτε (1) τι πληροφορίες θέλετε να περιορίσουμε, (2) εάν θέλετε να περιορίσετε τη χρήση, την αποκάλυψη, ή και τα δύο, και (3) για ποιόν θέλετε να ισχύουν οι περιορισμοί, για παράδειγμα, αποκαλύψεις στο/στη σύζυγό σας. Για να ζητήσετε περιορισμούς στα αρχεία του γραφείου ιατρού σας, επικοινωνήστε απευθείας με το γραφείο του ιατρού σας.

**Δικαίωμα να ζητήσετε εμπιστευτικές επικοινωνίες.** Έχετε το δικαίωμα να ζητήσετε να επικοινωνούμε μαζί σας σχετικά με ιατρικά θέματα με ένα ορισμένο τρόπο ή σε ορισμένη τοποθεσία. Για παράδειγμα, μπορείτε να ζητήσετε να επικοινωνήσουμε μαζί σας μόνο στην εργασία σας ή ταχυδρομικά.

Για να ζητήσετε εμπιστευτικές επικοινωνίες, πρέπει να υποβάλλετε την αίτησή σας στο NEBH Privacy Officer στον αριθμό 617-754-6575. Δεν θα σας ρωτήσουμε την αιτία για την αίτησή σας. Κατά την κρίση μας, θα διευθετήσουμε όλες τις εύλογες αιτήσεις. Η αίτησή σας πρέπει να διευκρινίζει πώς ή που θέλετε να επικοινωνήσουμε μαζί σας.

**Δικαίωμα να ειδοποιηθείτε εάν παραβιαστούν οι πληροφορίες υγείας σας.** Λαμβάνουμε μέτρα για να προστατεύσουμε την ασφάλεια των πληροφοριών υγείας σας. Ωστόσο, σε περίπτωση παραβίασης, έχετε το δικαίωμα να ειδοποιηθείτε σχετικά με τις πληροφορίες που παραβιάστηκαν και πώς μπορείτε να προστατεύσετε τον εαυτό σας. Θα σας ειδοποιήσουμε εάν συμβεί παραβίαση.

**Δικαίωμα να λάβετε αυτήν την ειδοποίηση σε χάρτινο αντίγραφο.** Έχετε το δικαίωμα να λάβετε ένα χάρτινο αντίγραφο της παρούσας ειδοποίησης. Μπορείτε να μας ζητήσετε ανά πάσα στιγμή να σας δώσουμε ένα αντίγραφο της παρούσας ειδοποίησης. Ακόμη και αν συμφωνήσατε να λάβετε την παρούσα ειδοποίηση ηλεκτρονικά, έχετε εν τούτοις το δικαίωμα να λάβετε χάρτινο αντίγραφο της παρούσας ειδοποίησης. Μπορείτε να λάβετε ένα χάρτινο αντίγραφο της παρούσας ειδοποίησης στην ιστοσελίδα μας, [www.nebh.org](http://www.nebh.org). Για να λάβετε ένα χάρτινο αντίγραφο της παρούσας ειδοποίησης, επικοινωνήστε με το: NEBH, Patient Access Department, 125 Parker Hill Avenue, Boston, MA, 02120.

**Αλλαγές στην παρούσα ειδοποίηση.** Επιφυλάσσουμε το δικαίωμα να αλλάξουμε την παρούσα ειδοποίηση. Επιφυλάσσουμε το δικαίωμα να καταστήσουμε την αναθεωρημένη ή αλλαγμένη ειδοποίηση ισχύουσα για ιατρικές πληροφορίες που έχουμε ήδη για εσάς καθώς και για κάθε πληροφορία που λαμβάνουμε στο μέλλον. Θα αναρτήσουμε ένα αντίγραφο της τρέχουσας ειδοποίησης στο νοσοκομείο. Επιπλέον, κάθε φορά που εγγράψετε ή εισάγετε στο νοσοκομείο για θεραπεία ή υγειονομικές υπηρεσίες ως νοσηλευόμενος ασθενής ή ασθενής εξωτερικών ιατρείων, θα είναι διαθέσιμο για εσάς ένα αντίγραφο της ισχύουσας ειδοποίησης όταν το ζητήσετε.



**Παράπονα.** Εάν πιστεύετε ότι παραβιάστηκαν τα δικαιώματα απορρήτου σας, μπορείτε να υποβάλλετε παράπονο με το νοσοκομείο. Για να υποβάλλετε ένα παράπονο με το νοσοκομείο, επικοινωνήστε με το Office of Quality and Patient Safety (Γραφείο Ποιότητας και Ασφάλειας Ασθενών), στη διεύθυνση 125 Parker Hill Avenue, Boston, MA 02120. Όλα τα παράπονα πρέπει να υποβληθούν γραπτώς. Μπορείτε επίσης να υποβάλλετε ένα παράπονο με το Γραμματέα του Τμήματος Υγείας και Ανθρώπινων Υπηρεσιών, ή το Γραφείο Πολιτικών Δικαιωμάτων.

• **Δεν θα τιμωρηθείτε για την υποβολή παραπόνου.**

**Άλλες χρήσεις ιατρικών πληροφοριών.** Άλλες χρήσεις και αποκαλύψεις των ιατρικών πληροφοριών που δεν καλύπτονται από την παρούσα ειδοποίηση ή τους νόμους που ισχύουν για εμάς θα γίνουν μόνο με τη γραπτή άδειά σας. Εάν μας παρέχετε άδεια να χρησιμοποιήσουμε ή να αποκαλύψουμε ιατρικές πληροφορίες που σχετίζονται με εσάς, μπορείτε να ανακαλέσετε την άδεια, γραπτώς, ανά πάσα στιγμή. Εάν ανακαλέσετε την άδειά σας, δεν θα χρησιμοποιήσουμε ούτε θα αποκαλύψουμε πλέον ιατρικές πληροφορίες που σχετίζονται με εσάς για τους λόγους που καλύπτονται από την γραπτή σας άδεια. Κατανοείτε ότι δεν μπορούμε να πάρουμε πίσω καμία αποκάλυψη που κάναμε ήδη με την άδειά σας, και ότι απαιτούμαστε να διατηρήσουμε τα αρχεία μας για τη φροντίδα που σας παρείχαμε.

*Ημερομηνία Ισχύος 14/4/2016*