

INFORMACJA O PRAKTYKACH W ZAKRESIE OCHRONY PRYWATNOŚCI

Island Digestive Health Center, LLC

Data wejścia w życie: 6 marca 2014 r.

W TEJ INFORMACJI OPISANO, W JAKI SPOSÓB INFORMACJE DOTYCZĄCE PAŃSTWA STANU ZDROWIA MOGĄ BYĆ WYKORZYSTYWANE I UJAWNIANE ORAZ W JAKI SPOSÓB MOŻNA UZYSKAĆ DOSTĘP DO TYCH INFORMACJI. **PROSIMY O UWAŻNE ZAPOZNANIE SIĘ Z TĄ INFORMACJĄ.**

Niniejsza Informacja dotyczy następujących podmiotów:

- Island Digestive Health Center, LLC (zwana dalej „Ośrodkiem”)
- **Suffolk Anesthesia Services**

UWAGA: Niezależni świadczeniodawcy usług medycznych zapewniający Państwu opiekę lub leczenie w Ośrodku (np. chirurdzy, anesteziolodzy, radiolodzy, patolodzy) będą przestrzegać postanowień niniejszej Informacji w odniesieniu do dotyczących Państwa chronionych informacji o stanie zdrowia w zakresie dotyczącym opieki lub leczenia udzielonych Państwu w Ośrodku. Tego rodzaju niezależni świadczeniodawcy mogą również wykorzystywać i ujawniać chronione informacje o stanie zdrowia na Państwa temat w zakresie opieki lub leczenia udzielonych Państwu w Ośrodku w celach określonych w niniejszej Informacji (np. na potrzeby realizacji ich własnych czynności dotyczących płatności) oraz w tym samym zakresie, w jakim Ośrodek może ich używać lub ujawniać je na mocy postanowień niniejszej Informacji. Tego rodzaju niezależni świadczeniodawcy mogą jednakże stosować inne polityki lub zasady dotyczące wykorzystania i ujawniania informacji medycznych znajdujących się w ich posiadaniu i dotyczących opieki lub leczenia udzielonych Państwu poza Ośrodkiem. Należy pamiętać, że tego rodzaju niezależni świadczeniodawcy nie są ani pracownikami, ani przedstawicielami Ośrodka, natomiast zostali włączeni w zakres niniejszej Informacji, aby umożliwić przystępne wyjaśnienie Państwu przysługujących Państwu praw dotyczących ochrony prywatności chronionych informacji o stanie zdrowia w zakresie dotyczącym opieki lub leczenia udzielonych Państwu w Ośrodku.

Jeżeli mają Państwo jakiegokolwiek pytania dotyczące tej informacji lub potrzebują Państwo dodatkowych szczegółów, zachęcamy do kontaktu z naszym Specjalistą ds. ochrony prywatności pod numerem 631-376-2260. Pisemne wnioski należy kierować do:

Island Digestive Health Center, LLC

Attn: Privacy Officer

471 Montauk Hwy

West Islip, New York 11795

NASZE ZOBOWIĄZANIE DOTYCZĄCE OCHRONY PAŃSTWA CHRONIONYCH INFORMACJI O STANIE ZDROWIA:

Prywatność dotyczących Państwa chronionych informacji o stanie zdrowia (określanych angielskim skrótem „PHI” [Protected Health Information]) jest dla nas ważna. W niniejszej informacji wyjaśnimy, w jaki sposób wykorzystujemy i ujawniamy dotyczące Państwa PHI. W tej informacji opisano również przysługujące Państwu prawa dotyczące gromadzonych i przechowywanych przez nas PHI, jak również opisano niektóre nasze obowiązki w odniesieniu do wykorzystywania i ujawniania dotyczących Państwa PHI.

Przepisy prawa nakładają na nas następujące obowiązki:

1. ochrona prywatności dotyczących Państwa PHI;
2. przekazanie Państwu tej informacji określającej nasze obowiązki prawne, praktyki dotyczące ochrony prywatności oraz przysługujące Państwu prawa w odniesieniu do gromadzonych i przechowywanych przez nas PHI;

3. powiadomienie Państwa o wykrytych przypadkach naruszenia dotyczących Państwa PHI, które nie zostały zabezpieczone zgodnie z wytycznymi federalnymi; oraz
4. przestrzeganie postanowień obowiązującej Informacji o praktykach w zakresie ochrony prywatności.

PRZYSŁUGUJĄCE PAŃSTWU PRAWA DOTYCZĄCE OCHRONY PAŃSTWA CHRONIONYCH INFORMACJI O STANIE ZDROWIA:

W odniesieniu do dotyczących Państwa PHI przysługują Państwu następujące prawa:

1. Prawo wglądu i kopiowania: Mają Państwo praw od wglądu i kopiowania wszystkich lub dowolnej części Państwa dokumentacji medycznej lub zdrowotnej, zgodnie z przepisami federalnymi. Mogą Państwo zwrócić się z wnioskiem o wydanie kopii elektronicznej dotyczących Państwa PHI, jeżeli przechowujemy Państwa PHI w dokumentacji elektronicznej.

Aby uzyskać wgląd i kopiować dotyczące Państwa PHI, muszą Państwo złożyć wniosek na piśmie do naszego Specjalisty ds. ochrony prywatności pod adres wskazany powyżej na pierwszej stronie niniejszej informacji. Jeżeli zwrócą się Państwo z wnioskiem o wydanie kopii dotyczących Państwa PHI, możemy naliczyć uzasadnioną, pokrywającą poniesione koszty opłatę zgodnie z przepisami prawa stanowego, która pokryje koszty związane z realizacją Państwa wniosku.

W określonych ograniczonych okolicznościach możemy odrzucić Państwa wniosek.

2. Prawo do poprawiania: Mają Państwo prawo złożyć wniosek o poprawienie dotyczących Państwa PHI lub dokumentacji medycznej lub zdrowotnej, jeżeli uważają Państwo, że posiadane przez nas informacje na Państwa temat są nieprawidłowe lub niekompletne. Mają Państwo prawo składać wnioski o wprowadzenie poprawek tak długo, jak długo będziemy przechowywać informacje. Aby złożyć wniosek o wprowadzenie poprawki należy sporządzić wniosek na piśmie, złożyć go do naszego Specjalisty ds. ochrony prywatności na adres wymieniony na pierwszej stronie niniejszej informacji i muszą Państwo uzasadnić składany wniosek o wprowadzenie poprawki. W określonych ograniczonych okolicznościach możemy odrzucić Państwa wniosek.

3. Prawo do uzyskania listy ujawnień: Mają Państwo prawo domagać się listy wszystkich ujawnień dotyczących Państwa PHI, z wyjątkiem ujawnień realizowanych na potrzeby leczenia, płatności, świadczeń zdrowotnych oraz określonych innych celów, nawet jeżeli ujawnień tego rodzaju dokonano w formie papierowej lub innej dokumentacji medycznej, która nie jest prowadzona w formie elektronicznej, zgodnie z przepisami prawa federalnego. Jeżeli zwrócą się Państwo z wnioskiem o przekazanie listy dotyczących Państwa PHI, lista taka może obejmować ujawnienia zrealizowane na potrzeby leczenia, płatności oraz świadczeń zdrowotnych w zakresie, w jakim tego rodzaju ujawnienia zrealizowano za pośrednictwem elektronicznego systemu dokumentacji zdrowotnej.

Aby złożyć wniosek o przekazanie listy ujawnień, muszą Państwo złożyć wniosek na piśmie do naszego Specjalisty ds. ochrony prywatności pod adres wskazany powyżej na pierwszej stronie niniejszej informacji. W Państwa wniosku musi zostać podany okres, który nie może być dłuższy niż 6 lat i nie może obejmować terminów przed 14 kwietnia 2003 roku. Pierwsza lista, o wydanie której będą Państwo wnioskować w ciągu 12 miesięcy, będzie darmowa. Z tytułu dodatkowych list możemy obciążyć Państwa kosztami sporządzenia listy. Powiadomimy Państwa o odnośnym koszcie i mogą Państwo zdecydować się wycofać lub zmodyfikować złożony wniosek przed poniesieniem jakichkolwiek kosztów.

4. Prawo do zarządzania wprowadzeniem ograniczeń: Mają Państwo prawo zażądać wprowadzenia ograniczeń wykorzystania i ujawniania dotyczących Państwa PHI. Mają Państwo prawo zażądać wprowadzenia ograniczeń wykorzystania i ujawniania dotyczących Państwa PHI osobom, które są zaangażowane w udzielanie Państwu opieki lub realizację płatności z tytułu udzielonej Państwu opieki, na przykład członkom rodziny lub znajomym. Mogą Państwo na przykład wnioskować o ograniczenie prawa określonej pielęgniarki do korzystania z dotyczących Państwa PHI lub też o to, abyśmy nie przekazywali Państwa małżonkowi lub małżonce informacji o przebytych przez Państwa zabiegach chirurgicznym.

Jeżeli opłacą Państwo świadczenie w całości z własnych środków, mogą Państwo zawnieść o zastrzeżenie informacji o świadczeniu i nieprzekazywanie ich płatnikom zewnętrznym w celu opłacenia lub udzielania świadczeń zdrowotnych. Przepisy prawa zobowiązują nas do uszanowania takiego żądania.

Aby złożyć wniosek o ograniczenie użycia i ujawnienia dotyczących Państwa PHI, muszą Państwo złożyć wniosek na piśmie do naszego Specjalisty ds. ochrony prywatności pod adres wskazany powyżej na pierwszej stronie niniejszej informacji. W swoim wniosku należy wskazać informacje, które chcą Państwo ograniczyć oraz kto ma być objęty tym ograniczeniem. Powiadomimy Państwa o naszej decyzji dotyczącej nałożenia wnioskowanego przez Państwa ograniczenia. Jeżeli zgodzimy się na wprowadzenie wnioskowanego ograniczenia, Państwa żądanie będzie respektowane, jeżeli te informacje nie będą konieczne do udzielenia Państwu pomocy w nagłym przypadku.

5. Prawo do otrzymywania informacji poufnych: Przysługuje Państwu prawo wnioskowania o przekazywanie Państwu dotyczących Państwa PHI w określony sposób lub też przekazywanie tego rodzaju informacji pod wskazany adres. Mogą Państwo na przykład prosić o to, abyśmy kontaktowali się z Państwem tylko w pracy lub drogą pocztową pod adresem skrzynki pocztowej.

Aby złożyć wniosek o przekazanie informacji poufnych, muszą Państwo złożyć wniosek na piśmie do naszego Specjalisty ds. ochrony prywatności pod adres wskazany powyżej na pierwszej stronie niniejszej informacji. W Państwa wniosku musi zostać określony sposób oraz miejsce wnioskowanego kontaktu.

6. Prawo do otrzymania papierowego egzemplarza tej Informacji: Przysługuje Państwu prawo do otrzymania papierowego egzemplarza niniejszej informacji w dowolnym momencie po złożeniu odpowiedniego wniosku. W momencie udzielenia pierwszego świadczenia mamy obowiązek przekazać Państwu papierowy egzemplarz niniejszej informacji. Aby uzyskać egzemplarz tej informacji w jakimkolwiek innym momencie, muszą Państwo złożyć wniosek do naszego Specjalisty ds. ochrony prywatności pod adres wskazany powyżej na pierwszej stronie niniejszej informacji.

7. Prawo odwołania zgody: Jeżeli sporządzą Państwo jakiegokolwiek zgody na korzystanie i ujawnianie dotyczących Państwa PHI, mają Państwo prawo odwołać takie zgody, oprócz zakresu, w jakim działania zostały już podjęte na podstawie takiej zgody.

SPOSÓB, W JAKI MOŻEMY UŻYWAĆ I UJAWNIAĆ DOTYCZĄCE PAŃSTWA CHRONIONE INFORMACJE O STANIE ZDROWIA BEZ PAŃSTWA ZGODY:

Poniższe kategorie opisują różne sposoby, w które możemy wykorzystywać i ujawniać dotyczące Państwa PHI bez Państwa zgody.

1. Na potrzeby leczenia: Możemy wykorzystać dotyczące Państwa PHI na potrzeby świadczenia Państwu świadczeń zdrowotnych lub innych usług. Możemy ujawniać dotyczące Państwa PHI innym lekarzom, pielęgniarkom, technikom, studentom nauk o zdrowiu i innym osobom, które są zaangażowane w świadczenie Państwu opieki. Na przykład inny lekarz leczący Państwa złamaną nogę może musieć uzyskać informacje o Państwa cukrzycy, ponieważ może ona spowalniać proces leczenia.

2. Na potrzeby płatności: Możemy wykorzystywać i ujawniać dotyczące Państwa PHI, tak aby leczenie i usługi, które mogą Państwo od nas uzyskać, mogły zostać zafakturowane i abyśmy mogli pobrać płatność od Państwa, towarzystwa ubezpieczeniowego lub osoby trzeciej. Na przykład możemy musieć przekazać Państwa ubezpieczycielowi zdrowotnemu informacje na temat Państwa wizyty w naszej placówce, tak aby ubezpieczyciel mógł nam zapłacić lub zwrócić Państwu koszty wizyty. Możemy również poinformować Państwa ubezpieczyciela zdrowotnego o leczeniu, któremu zostaną Państwo poddani, aby uzyskać wcześniejszą zgodę lub określić, czy Państwa ubezpieczyciel pokryje koszty leczenia.

3. Na potrzeby działalności leczniczej: Możemy wykorzystywać i ujawniać dotyczące Państwa PHI na potrzeby działalności prowadzonej przez naszą placówkę. Na przykład możemy wykorzystać informacje dotyczące stanu zdrowia do weryfikacji naszych świadczeń leczniczych i innych usług oraz aby ocenić związaną z udzieloną Państwu opieką pracę naszego zespołu.

4. Na potrzeby badawcze: Możemy ujawniać dotyczące Państwa PHI na potrzeby prowadzonych badań naukowych. Będziemy ujawniać dotyczące Państwa PHI na potrzeby prowadzonych badań naukowych za Państwa wyrażną zgodą lub jeżeli protokół badania został zatwierdzony przez wewnętrzną komisję bioetyczną, która zweryfikowała projekt eksperymentu i ustanowiła odpowiednie zasady gwarantujące ochronę poufności dotyczących Państwa PHI.

5. W przypadkach wymaganych przez prawo: Możemy ujawniać dotyczące Państwa PHI, jeżeli będą od nas tego wymagać przepisy prawa federalnego, stanowego lub miejscowego.

6. Aby uniknąć poważnego zagrożenia dla zdrowia lub bezpieczeństwa: Możemy wykorzystywać i ujawniać dotyczące Państwa PHI jeżeli będzie to konieczne w celu zapobieżenia poważnemu zagrożeniu dla Państwa zdrowia lub bezpieczeństwa lub też zdrowia i bezpieczeństwa publicznego lub innej osoby.

7. Wojskowi i weterani: Jeżeli są Państwo członkami sił zbrojnych lub zakończyli Państwo służbę wojskową/zostali zwolnieni ze służby wojskowej, możemy ujawniać dotyczące Państwa PHI zgodnie z wymogami dowództwa wojskowego lub też Departamentu ds. Weteranów, w zależności od okoliczności. Możemy również ujawniać informacje zdrowotne dotyczące zagranicznego personelu wojskowego odpowiednim zagranicznym władzom wojskowym.

8. Wynagrodzenie pracownicze: Możemy ujawniać dotyczące Państwa PHI w zakresie dozwolonym oraz zgodnie z przepisami prawa dotyczącymi wynagrodzeń pracowniczych i podobnych programów ustanowionych na mocy przepisów prawa, które zapewniają świadczenia z tytułu chorób zawodowych i urazów, niezależnie od winy.

9. Działania z zakresu zdrowia publicznego: Możemy ujawnić dotyczące Państwa PHI na potrzeby działań z zakresu zdrowia publicznego. Działania te zasadniczo obejmują:

- zapobieganie i leczenie chorób, urazów lub niepełnosprawności;
- zgłaszanie urodzin i zgonów;
- zgłaszanie przypadków znęcania się nad dziećmi lub ich zaniedbywania;
- zgłaszanie reakcji na leki lub problemów z produktami;
- powiadamianie ludzi o wycofaniu używanych przez nich produktów;
- powiadamianie osób lub organizacji, które muszą otrzymywać informacje dotyczące produktów regulowanych przez FDA; oraz
- powiadamianie osób, które zostały narażone na chorobę lub też mogą być narażone na ryzyko zarażenia się lub rozprzestrzeniania choroby lub innego schorzenia.

10. Działania z zakresu nadzoru zdrowotnego: Możemy ujawniać dotyczące Państwa PHI agencjom nadzorczym służby zdrowia na potrzeby działań dopuszczonych na mocy przepisów prawa. Działania nadzorcze obejmują na przykład audyty, czynności wyjaśniające, kontrole i zatwierdzanie. Działania te są niezbędne do tego, aby rząd mógł monitorować system opieki zdrowotnej, programy rządowe oraz przestrzeganie praw obywatelskich.

11. Postępowania sądowe i spory: Jeżeli biorą Państwo udział w sporze sądowym lub sporze, możemy ujawnić dotyczące Państwa PHI w odpowiedzi na zarządzenie sądowe lub administracyjne. Możemy również ujawnić dotyczące Państwa PHI w odpowiedzi na wezwanie sądowe, przedprocesowy wniosek o ujawnienie dowodów lub inne zgodne z prawem żądania kierowane przez drugą stronę sporu, ale tylko jeżeli podjęto starania mające na celu poinformowanie Państwa o wniosku lub uzyskanie nakazu zabezpieczającego objęte wnioskiem informacje.

12. Czynności organów porządkowych: Możemy ujawnić dotyczące Państwa PHI przedstawicielom organów porządkowych na potrzeby związane z utrzymaniem porządku, w tym w szczególności:

- na potrzeby zgłaszania określonych urazów, których zgłaszanie jest wymagane przepisami prawa, rany postrzałowe, oparzenia, rany zadane osobom popełniającym przestępstwa;
- w odpowiedzi na nakaz sądowy, wezwanie do sądu, nakaz prokuratorski, wezwanie lub w ramach podobnych czynności;

- w celu identyfikacji lub odnalezienia podejrzanych, zbiegów, istotnych świadków lub osób zaginionych;
- informacje dotyczące ofiar przestępstw, jeżeli ofiara wyrazi zgodę na ujawnienie oraz w określonych ograniczonych okolicznościach, jeżeli nie jesteśmy w stanie uzyskać zgody tej osoby;
- informacje dotyczące zgonu, który naszym zdaniem może wynikać z popełnionego przestępstwa;
- informacje o czynach noszących znamiona przestępstwa popełnionych w naszej placówce; oraz
- w wyjątkowych okolicznościach w celu zgłoszenia przestępstwa; miejsca popełnienia przestępstwa lub miejsca przebywania ofiar lub też tożsamości, opisu lub miejsca przebywania osoby, która popełniła przestępstwo.

13. Dawstwo narządów i tkanek: Możemy ujawnić dotyczące Państwa PHI organizacjom zaangażowanym w proces pozyskiwania, przechowywania lub przeszczepiania od zmarłych dawców narządów, oczu lub tkanek, w celu ułatwienia dawstwa narządów i tkanek.

14. Znęcenie, zaniedbanie i przemoc domowa: Możemy ujawnić dotyczące Państwa PHI odpowiednim organom rządowym, jeżeli będziemy mieć uzasadnione podejrzenia dotyczące tego, że mogą Państwo być ofiarą znęcania się, zaniedbania lub przemocy domowej. Ujawnimy te informacje, tylko jeżeli wyrażą Państwo zgodę lub jeżeli będzie to wymagane przepisami prawa.

15. Koronerzy, orzecznicy medyczni oraz przedsiębiorcy pogrzebowi: Możemy ujawnić dotyczące Państwa PHI koronerowi lub orzecznikowi medycznemu. Może być to konieczne na przykład w celu zidentyfikowania osoby zmarłej lub określenia przyczyny zgonu. Możemy również ujawnić dotyczące Państwa PHI przedsiębiorcom pogrzebowym w zakresie koniecznym do realizacji ich obowiązków.

16. Działania dotyczące bezpieczeństwa narodowego i działalności wywiadowczej: Możemy ujawnić dotyczące Państwa PHI upoważnionym przedstawicielom organów federalnych w celach związanych z działalnością wywiadu, kontrwywiadu oraz innych dopuszczalnych prawem działań dotyczących bezpieczeństwa narodowego lub w celu świadczenia usług ochrony Prezydenta lub głów innych państw.

17. Osadzeni: Jeżeli zostali Państwo osadzeni w zakładzie karnym lub w pieczy funkcjonariusza, możemy ujawnić dotyczące Państwa PHI zakładowi karnemu lub funkcjonariuszowi. Ujawnienie to może być konieczne (a) aby instytucja mogła zapewnić Państwu opiekę zdrowotną; (b) w celu ochrony Państwa zdrowia i bezpieczeństwa lub też zdrowia i bezpieczeństwa innych osób; lub (c) na potrzeby bezpieczeństwa zakładu karnego.

PRZYKŁADY INNYCH DOPUSZCZALNYCH LUB WYMAGANYCH UJAWNIENIŃ DOTYCZĄCYCH PAŃSTWA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA BEZ PAŃSTWA ZGODY:

1. Partnerzy biznesowi: Niektóre z naszych usług mogą być świadczone w naszym imieniu na podstawie umów z partnerami biznesowymi. Przykłady sytuacji, w której możemy korzystać z usług partnera biznesowego, to kodowanie i składanie roszczeń przez zewnętrzną firmę zajmującą się rozliczeniami, działania z zakresu konsultacji i zapewniania jakości prowadzone przez zewnętrznego konsultanta, kontrole dotyczące rozliczeń i kodowania prowadzone przez zewnętrznego audytora oraz inne usługi prawne i konsultingowe świadczone w odpowiedzi na pojawiające się czasami problemy dotyczące rozliczeń lub refundacji. Zawierając umowy na świadczenie tego rodzaju usług, możemy być zmuszeni ujawniać dotyczące Państwa PHI naszemu partnerowi biznesowemu, tak aby mógł świadczyć zamówione usługi. Niemniej jednak, aby chronić dotyczące Państwa PHI, nasz partner biznesowy będzie musiał odpowiednio zabezpieczyć Państwa informacje.

2. Powiadomienia: Możemy używać lub ujawniać dotyczące Państwa PHI w celu powiadomienia lub ułatwienia powiadomienia członka rodziny, pełnomocnika, bliskiego znajomego lub innej osoby odpowiedzialnej za świadczoną Państwu opiekę o miejscu Państwa przebywania i stanie ogólnym. **Nie będziemy ujawniać dotyczących Państwa PHI członkom rodziny, pełnomocnikom ani bliskim znajomym w sposób opisany w niniejszej części, jeżeli wyrażą Państwo sprzeciw wobec takiego ujawnienia. Jeżeli nie wyrażają Państwo zgody na tego rodzaju ujawnienia, należy powiadomić o tym naszego Specjalistę ds. ochrony prywatności.**

3. Kontakty z członkami rodziny: Pracownicy służby zdrowia, w tym osoby zatrudnione przez nas lub będące naszymi wykonawcami mogą ujawniać członkom rodziny, innym krewnym, bliskim znajomym lub innym

wskazanym przez Państwa osobom informacje o stanie zdrowia dotyczące zaangażowania tej osoby w Państwa opiekę lub płatności związane z Państwa opieką, chyba że wyrażą Państwo sprzeciw wobec ujawnienia.

4. Postępowanie niezgodne z prawem: Prawo federalne zezwala na ujawnianie dotyczących Państwa PHI odpowiednim agencjom nadzorczym służby zdrowia, instytucjom nadzorującym ochronę zdrowia lub prawnikom, pod warunkiem, że członek personelu lub partner biznesowy w dobrej wierze uważa, że dopuściliśmy się niezgodnego z prawem zachowania lub też w inny sposób naruszyliśmy normy profesjonalne lub kliniczne i potencjalnie narażamy na niebezpieczeństwo jednego lub większą liczbę pacjentów, pracowników lub osób postronnych.

NIE WOLNO NAM WYKORZYSTYWAĆ ANI UJAWNIAĆ INFORMACJI DOTYCZĄCYCH PAŃSTWA STANU ZDROWIA W NASTĘPUJĄCYCH CELACH BEZ PAŃSTWA ZGODY:

1. Musimy uzyskać Państwa zgodę na wykorzystanie lub ujawnienie dokumentacji z psychoterapii, chyba że dotyczy to leczenia, płatności lub działalności zdrowotnej lub też wymagają tego przepisy prawa, dopuszczają to działania nadzorcze służby zdrowia, koronerowi lub orzecznikowi medycznemu lub w celu zapobieżenia poważnemu zagrożeniu dla zdrowia lub bezpieczeństwa.

2. Musimy uzyskać zgodę na wykorzystanie lub ujawnianie dotyczących Państwa PHI na potrzeby komunikacji marketingowej dotyczącej produktu lub usługi, w ramach której zachęcamy Państwa do używania lub zakupu produktów lub usług, chyba że komunikacja ta ma charakter (a) komunikacji bezpośredniej lub (b) prezentu promocyjnego o symbolicznej wartości. Niemniej jednak nie musimy uzyskiwać Państwa zgody, aby wysłać przypomnienia o konieczności odnowienia recept, informacji dotyczących przebiegu leczenia, informacji dotyczących leczenia lub koordynacji opieki, w celu opisu dostarczanych przez nas produktów związanych ze zdrowiem lub tego rodzaju usług lub też kontaktowania się z Państwem w kwestii alternatywnych metod leczenia. Musimy powiadomić Państwa, jeżeli działania marketingowe obejmują wynagrodzenie.

3. Musimy uzyskać zgodę na każdorazowe ujawnienie dotyczących Państwa PHI, które stanowi sprzedaż tego rodzaju PHI.

4. Musimy uzyskać zgodę na wszystkie inne rodzaje wykorzystania i ujawnienia dotyczących Państwa PHI, które nie zostały opisane w niniejszej informacji.

Jeżeli udzielił nam Państwo pisemnej zgody na wykorzystanie lub ujawnienie dotyczących Państwa PHI, mogą Państwo wycofać tę zgodę na piśmie w dowolnym momencie.

ZMIANY TREŚCI NINIEJSZEJ INFORMACJI:

Zastrzegamy sobie prawo wprowadzania zmian do stosowanych przez nas praktyk dotyczących ochrony prywatności oraz do treści niniejszej informacji. Jeżeli stosowane przez nas praktyki dotyczące ochrony prywatności zmieniają się w istotnym zakresie, zmienimy treść niniejszej informacji i na żądanie udostępniemy egzemplarze zmienionej informacji. Zastrzegamy sobie prawo do wprowadzenia w życie zmienionych postanowień informacji dotyczącej ochrony prywatności w odniesieniu do dotyczących Państwa PHI, które znajdują się już w naszym posiadaniu, jak również innych otrzymanych w przeszłości PHI.

SKŁADANIE SKARG:

Jeżeli uważają Państwo, że doszło do naruszenia Państwa prawa do ochrony prywatności, mogą Państwo złożyć skargę u nas lub u Sekretarza Departamentu Zdrowia i Pomocy Społecznej Stanów Zjednoczonych. Aby złożyć na nas skargę, należy skontaktować się z naszym Specjalistą ds. ochrony prywatności pod numerem wskazanym na pierwszej stronie niniejszej Informacji. Wszystkie skargi należy składać na piśmie. **Z tytułu złożonej skargi nie będą podejmowane wobec Państwa żadne działania odwetowe.**

POTWIERDZENIE OTRZYMANIA NINIEJSZEJ INFORMACJI:

Poprosimy Państwa o podpisanie oddzielnego potwierdzenia otrzymania egzemplarza tej informacji. Jeżeli nie będą Państwo chcieli lub nie będą Państwo w stanie podpisać tej informacji, członek personelu podpisze się na niej swoim imieniem i nazwiskiem oraz opatry ją datą. Potwierdzenie to zostanie umieszczone w Państwa dokumentacji.