



## **Aviso de Práticas de Privacidade da NYU Langone Health [NYU Langone Health Notice of Privacy Practices]**

ESTE AVISO DESCREVE COMO AS INFORMAÇÕES MÉDICAS SOBRE SI PODEM SER USADAS E DIVULGADAS E COMO PODE TER ACESSO A ESTAS INFORMAÇÕES. LEIA CUIDADOSAMENTE.

### **Estamos comprometidos com a sua privacidade**

A NYU Langone Health está comprometida em manter a privacidade e confidencialidade das suas informações de saúde. Só usaremos ou divulgaremos (partilharemos) as suas informações de saúde conforme descrito neste Aviso. Será solicitado a assinar um aviso de que recebeu este aviso.

### **Quem segue este aviso**

Este é um aviso conjunto que é seguido por todos os funcionários, equipa médica, estagiários, estudantes, voluntários e agentes da NYU Langone Health nestes locais:

- NYU Langone Hospitals (incluindo a NYU Winthrop Certified Home Health Agency)
- NYU School of Medicine (incluindo as nossas Faculty Group Practices)
- Os Family Health Centers na NYU Langone Health
- Southwest Brooklyn Dental Practice

NYU Langone Hospitals e a NYU School of Medicine participam num Acordo Organizado de Saúde com os Family Health Centers na NYU Langone Health e Southwest Brooklyn Dental Practice e podem usar e partilhar entre si as suas informações para realizar tratamento, pagamentos e operações de cuidados de saúde relacionados com este acordo.

Se os profissionais da NYU Langone Health lhe fornecerem tratamento ou serviços noutros locais, por exemplo, no Manhattan VA Medical Center ou no Bellevue Hospital Center, o Aviso de Práticas de Privacidade que receber lá será aplicado.

### **Usar e partilhar as suas informações**

Esta secção descreve as diferentes formas em que podemos usar e partilhar as suas informações. Em geral, entraremos em contacto consigo para estes fins por telefone, mas se nos forneceu o seu endereço de e-mail ou permissão para enviar uma mensagem de texto, poderemos entrar em contacto consigo dessa forma.

Usamos e partilhamos principalmente as suas informações para fins de tratamento, pagamento e operação de cuidados de saúde. Isto significa que usamos e partilhamos as suas informações de saúde:

- com outros profissionais de saúde que estão a tratá-lo ou com uma farmácia que esteja a aviar a sua receita;
- com o seu plano de seguro para cobrar o pagamento por serviços de saúde ou para obter aprovação prévia para o seu tratamento; e
- para administrar os nossos negócios, melhorar os seus cuidados, educar os nossos profissionais e avaliar o desempenho do fornecedor.



## Aviso de Práticas de Privacidade da NYU Langone Health [NYU Langone Health Notice of Privacy Practices]

Por vezes, podemos partilhar as suas informações com os nossos parceiros de negócios, como um serviço de faturação, que nos ajudam nas nossas operações comerciais. Todos os nossos associados comerciais devem proteger a privacidade e a segurança das suas informações de saúde, assim como fazemos.

Também podemos usar ou partilhar as suas informações para entrar em contacto consigo:

- sobre benefícios ou serviços relacionados com a saúde.
- sobre os seus compromissos futuros.
- para ver se gostaria de participar em projetos de investigação.
- sobre captação de recursos para a NYU Langone Health.

Tem o direito de cancelar o recebimento de comunicações de captação de recursos. Pode fazer isto entrando em contacto com o NYU Langone Health Development Office em [developmentoffice@nyulangone.org](mailto:developmentoffice@nyulangone.org) ou por telefone em 212-404-3640 ou gratuitamente em 1-800-422-4483.

Se não desejar ser notificado sobre projetos de investigação nos quais possa participar, pode contactar [research-contact-optout@nyulangone.org](mailto:research-contact-optout@nyulangone.org) ou 1-855-777-7858.

Proteções especiais aplicam-se se usarmos ou partilharmos informações confidenciais sobre saúde. Isto inclui informações relacionadas com o HIV, informações sobre saúde mental, informações sobre tratamento de abuso de álcool ou drogas ou informações genéticas. Por exemplo, de acordo com a Lei do Estado de Nova Iorque, as informações confidenciais relacionadas com o HIV só podem ser partilhadas com pessoas autorizadas por lei, ou com pessoas que tenha permitido, assinando um formulário de autorização específico. Se o seu tratamento envolver esta informação, pode entrar em contacto com o Diretor de Privacidade para maiores explicações.

Também podemos, e é por vezes exigido por lei, partilhar as suas informações de outras formas. Temos que cumprir determinadas condições da lei antes de podermos partilhar as suas informações pelos seguintes motivos. Alguns exemplos de cada um incluem:

- Saúde e segurança públicas: relatar doenças, nascimentos ou óbitos; relatar suspeita de abuso, negligência ou violência doméstica; evitar uma séria ameaça à saúde ou à segurança pública; monitorização de retiradas de produtos; e relatar informações para fins de segurança e qualidade
- Investigação: análise de projetos de registo de saúde aprovados pelo nosso conselho de revisão da instituição (CRI) e de baixo risco para a sua privacidade; preparação para um estudo de investigação; estudos que envolvem apenas informações de descendentes
- Processos judiciais e administrativos: responder a um tribunal ou ordem administrativa
- Remuneração dos trabalhadores e outras solicitações governamentais: pagamento de indemnizações laborais ou audiências; agências de supervisão de saúde para atividades autorizadas por lei; funções especiais do governo (militar, segurança nacional)

## Aviso de Práticas de Privacidade da NYU Langone Health [NYU Langone Health Notice of Privacy Practices]

- Aplicação da lei: com um agente da autoridade para identificar ou encontrar um suspeito ou desaparecido
- Cumprir a lei: para o Departamento de Saúde e Serviços Humanos para ver se estamos a cumprir a lei federal de privacidade
- Situação de alívio de desastres: partilhar a sua localização e localização geral com a finalidade de notificar a sua família, amigos e agências autorizados por lei a ajudar em situações de emergência
- Para organizações que lidam com doação ou transplante de órgãos, tecidos ou olhos
- Para um médico-legista, médico examinador ou diretor funerário, conforme necessário para fazer o seu trabalho
- A propósito de uma utilização ou divulgação permitidas: chamar o seu nome numa área de espera para uma consulta e outras pessoas na área de espera podem ouvir o seu nome ser chamado. Fazemos esforços razoáveis para limitar estas utilizações e divulgações incidentais.

Nas seguintes situações, podemos usar ou partilhar as suas informações, a menos que se oponha ou se especificamente nos der permissão. Se, por algum motivo, não puder informar-nos das suas preferências, por exemplo, se estiver inconsciente, poderemos partilhar as suas informações se acreditarmos que é do seu interesse.

- Para o nosso diretório de doentes, inclusive para o nosso departamento de serviços de capelania, como um padre ou rabino.
- Com a sua família, amigos ou outras pessoas envolvidas nos seus cuidados ou pagamento pelos seus cuidados.

Nas seguintes situações, usaremos ou partilharemos as suas informações apenas se nos der permissão por escrito:

- Para fins de marketing
- Venda das suas informações ou pagamentos de terceiros
- A partilha de notas de psicoterapia
- Quaisquer outras razões não descritas neste Aviso

Pode revogar (retirar) essa permissão, exceto quando já tivermos confiado nela, entrando em contacto com o Diretor de Privacidade.

### **Os seus direitos**

Quando se trata da sua informação de saúde, tem certos direitos. Pode:

- Rever ou receber uma cópia eletrónica ou em papel do seu registo clínico, incluindo registos de faturação. Pode-lhe ser cobrada uma taxa com base em custo razoável para os seus registos. Iremos informá-lo sobre qualquer atraso. Pode também aceder às suas informações de saúde diretamente usando o nosso portal de doente seguro, NYU Langone Health MyChart em <https://mychart.nyulmc.org/>.
- Solicitar comunicações confidenciais. Pode pedir-nos para entrarmos em contacto consigo de uma determinada forma, por exemplo, por telemóvel. Diremos “sim” a todos os pedidos razoáveis.



## Aviso de Práticas de Privacidade da NYU Langone Health [NYU Langone Health Notice of Privacy Practices]

- Pedir-nos para limitar o que usamos ou partilhamos para o seu tratamento, pagamento e operações de cuidados de saúde. Não somos obrigados a concordar com o seu pedido, mas iremos analisá-lo. Quando pagar pelos serviços do seu bolso, na íntegra, e nos pedir para não partilharmos as informações com o seu plano de seguro, concordaremos a menos que uma lei exija que partilhemos essas informações.
- Solicitar-nos que corrijamos o seu registo clínico se este estiver impreciso ou incompleto. Podemos dizer “não” ao seu pedido, mas informaremos porquê, por escrito, no prazo de 60 dias.
- Obter uma lista daqueles com quem partilhamos informações. Pode pedir uma lista (contabilização) das vezes em que partilhamos as suas informações e por que nos seis anos anteriores à sua solicitação. Nem todas as divulgações serão incluídas nesta lista, como aquelas feitas para tratamento, pagamento ou operações de cuidados de saúde. Tem o direito de obter esta lista uma vez a cada 12 meses sem custo, mas podemos cobrar pelo custo de fornecer listas adicionais durante esse período.
- Obter uma cópia deste Aviso de privacidade. Basta perguntar-nos e iremos dar-lhe uma cópia no formato que deseja (em papel ou eletrónico).
- Escolher alguém para atuar por si. Este “representante pessoal” pode exercer os seus direitos e fazer escolhas sobre as suas informações de saúde. Geralmente, pais e responsáveis de menores terão este direito para a criança, a menos que o menor seja permitido por lei a atuar em seu próprio nome.
- Fazer uma reclamação se achar que os seus direitos foram violados. Pode entrar em contacto com o Diretor de Privacidade ou o Secretário do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos. Não iremos retaliar ou tomar medidas contra si por fazer uma reclamação.
- Solicite proteções de privacidade adicionais em relação ao seu registo clínico eletrónico.

### **As nossas responsabilidades**

- Somos obrigados por lei a manter a privacidade das suas informações de saúde protegidas.
- Iremos notificá-lo se ocorrer uma violação que possa ter comprometido a privacidade ou a segurança das suas informações identificáveis.
- Devemos seguir as práticas descritas neste Aviso e fornecer uma cópia do mesmo.
- Reservamo-nos o direito de alterar os termos deste Aviso e as alterações serão aplicadas a todas as informações que temos sobre si. O novo Aviso estará disponível mediante solicitação e no nosso site em [www.nyulangone.org](http://www.nyulangone.org).

### **Perguntas ou preocupações**

Se tiver alguma dúvida ou desejar exercer os seus direitos descritos neste Aviso, entre em contacto com o Diretor de Privacidade em: One Park Avenue, 3<sup>rd</sup> Floor, New York, New York 10016, À atenção de: Diretor de Privacidade, por telefone para 1-877-PHI-LOSS ou 212-404-4079, ou por e-mail para [compliancehelp@nyulangone.org](mailto:compliancehelp@nyulangone.org).



## **Aviso de Práticas de Privacidade da NYU Langone Health [NYU Langone Health Notice of Privacy Practices]**

A maioria dos pedidos para exercer os seus direitos deve ser feita por escrito ao Diretor de Privacidade ou ao consultório do médico ou hospital apropriado. Para mais informações ou para obter um formulário de solicitação, entre em contacto com o Diretor de Privacidade ou visite <http://nyulangone.org/policies-disclaimers/hipaa-patient-privacy>.

Este Aviso entra em vigor a partir de 08/01/2019.



**Aviso de Práticas de  
Privacidade da NYU  
Langone Health  
[NYU Langone Health  
Notice of Privacy Practices]**

**AVISO DE FORMULÁRIO DE RECONHECIMENTO DE PRÁTICAS DE  
PRIVACIDADE  
[NOTICE OF PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGMENT FORM]**

**Ao assinar este formulário, reconheço que recebi uma cópia do Aviso de Práticas de Privacidade da NYU Langone Health.  
[By signing this form, I acknowledge that I have received a copy of NYU Langone Health's Notice of Privacy Practices.]**

**Nome do doente [Patient Name]:** \_\_\_\_\_

**Assinatura [Signature]:** \_\_\_\_\_ **Data [Date]:** \_\_\_\_\_

**Nome do Representante Pessoal (se aplicável):** \_\_\_\_\_  
**[Personal Representative's Name (if applicable)]**

**Autoridade do Representante Pessoal (por exemplo, pai, responsável, procurador de cuidados de saúde):**  
**[Personal Representative's Authority (e.g., parent, guardian, health care proxy)]**

---

**Em vigor a partir de 08/01/2019.  
[Effective as of 8/1/2019.]**