



## **Comunicado sobre práticas de privacidade**

**Suas informações.  
Seus direitos.  
Nossa responsabilidade.**

Este comunicado descreve como as suas informações médicas podem ser usadas e divulgadas, além de explicar como você pode acessar tais informações. Leia atentamente.

## Seus direitos

### Você tem os seguintes direitos:

- Obter uma cópia impressa ou eletrônica do seu histórico médico.
- Corrigir seu histórico médico impresso ou eletrônico.
- Solicitar comunicação confidencial.
- Pedir para limitar as informações que compartilhamos.
- Obter uma lista de todas as pessoas ou entidades com quem compartilhamos suas informações.
- Obter uma cópia deste aviso de privacidade.
- Escolher alguém para atuar em seu nome.
- Apresentar uma queixa formal se acreditar que seus direitos de privacidade foram violados.

► **Consulte as páginas 2 e 3 para obter mais informações sobre esses direitos e sobre como exercê-los.**

## Suas preferências

### Você determina suas preferências em relação a como usamos e compartilhamos suas informações para realizar as seguintes atividades:

- Determinar se podemos contar à sua família e amigos sobre a sua condição.
- Fornecer assistência em caso de desastre.
- Prover serviços de saúde mental.
- Divulgar nossos serviços e vender suas informações.
- Arrecadar fundos.

► **Consulte a página 4 para obter mais informações sobre essas preferências e sobre como exercê-las.**

## Usos e divulgações

### Podemos usar e compartilhar suas informações para realizar as seguintes atividades:

- Oferecer tratamento a você e administrar nossa organização.
- Cobrar os serviços prestados a você.
- Auxiliar com questões de saúde e segurança pública.
- Fazer pesquisas.
- Cumprir a lei, processos e ações judiciais.
- Responder a solicitações de doação de órgãos e tecidos.
- Colaborar com um médico legista ou agente funerário.
- Examinar reivindicações de seguro contra acidentes de trabalho, atender a autoridades policiais e outras solicitações do governo..

► **Consulte a página 5 para obter mais informações.**

## Seus direitos

Você tem direitos relacionados às informações sobre sua saúde.

Esta seção explica esses direitos, bem como algumas de nossas responsabilidades em ajudar você.

Neste comunicado sobre práticas de privacidade, a palavra "nós" refere-se tanto à Advocates quanto às seguintes pessoas:

- Qualquer profissional de saúde autorizado a adicionar informações ao seu prontuário.
- Qualquer profissional de saúde que faça parte da equipe da Advocates.
- Todos os membros da força de trabalho da Advocates, incluindo funcionários, equipes, voluntários e demais colaboradores do centro de saúde.

### Obter uma cópia eletrônica ou impressa do seu histórico médico

- Você pode pedir para ver seu histórico médico ou receber uma cópia impressa ou eletrônica dele, bem como de outras informações sobre a sua saúde que temos armazenadas. Peça nossa ajuda para solicitar esses documentos.
- Nós forneceremos uma cópia ou um resumo de suas informações de saúde dentro de aproximadamente 30 dias após a solicitação. Podemos cobrar uma pequena tarifa pelo custo do serviço.

### Solicitar uma correção no seu histórico médico

- Você pode nos pedir para corrigir suas informações de saúde caso considere que estejam incorretas ou incompletas. Para obter instruções sobre esse processo, entre em contato conosco por meio das informações disponibilizadas na última página.
- O seu pedido pode ser negado, mas, se este for o caso, o motivo será informado por escrito dentro de 60 dias.

### Solicitar comunicação confidencial

- Você pode definir a forma de contato de sua preferência (como telefone residencial ou comercial) ou solicitar o envio de correspondências para um endereço diferente.
- Atenderemos a todos os pedidos razoáveis.

### Pedir para limitar o que usamos ou compartilhamos

- Você pode pedir que determinadas informações sobre a sua saúde não sejam usadas ou compartilhadas para fins de tratamento, pagamento ou operações internas. Não temos a obrigação de acatar seu pedido e temos o direito de dizer "não" caso isso afete seu atendimento.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se você pagar do próprio bolso um serviço ou item de assistência médica integralmente, pode pedir que essa informação não seja compartilhada para fins de pagamento ou de nossas operações com sua seguradora de saúde. Esse pedido será atendido a menos que sejamos obrigados por lei a compartilhar tal informação.</li> </ul>
<p><b>Obter uma lista de todas as pessoas ou entidades com quem compartilhamos informações</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Você pode pedir uma lista (contabilização) de todas as vezes que compartilhamos suas informações de saúde, com quem as compartilhamos e por quê. O relatório abrange os seis anos anteriores à data da solicitação.</li> <li>• Incluiremos todas as divulgações, com exceção daquelas relacionadas a tratamento, pagamentos e operações de cuidados de saúde, bem como outras divulgações (por exemplo, que você tenha solicitado). Você tem direito a uma contabilização anual gratuita, mas se solicitar outra dentro de 12 meses, cobraremos uma pequena tarifa associada ao custo do serviço.</li> </ul>
<p><b>Receber uma cópia deste comunicado sobre privacidade</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Você pode solicitar uma cópia impressa deste comunicado a qualquer momento, mesmo que tenha concordado em recebê-lo de forma digital. Providenciaremos imediatamente uma cópia impressa para você.</li> </ul>
<p><b>Escolher alguém para atuar em seu nome</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se você tiver uma procuração médica ou um responsável legal, essa pessoa poderá exercer seus direitos por você e fazer escolhas sobre suas informações de saúde.</li> <li>• Antes de tomar qualquer medida, nos certificaremos de que a pessoa tenha essa autoridade e possa agir em seu nome.</li> </ul>
<p><b>Apresentar uma queixa se acreditar que seus direitos foram violados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se acreditar que tenhamos violado seus direitos, você pode registrar uma queixa. Escreva para o seguinte endereço:  <p style="text-align: center;"><b>Advocates Chief Compliance Officer  1881 Worcester Road  Framingham, MA 01701</b></p> <p>Você pode apresentar uma queixa formal junto ao <i>U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights</i> (Repartição de Direitos Civis do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA). Envie uma carta para 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, ligue para o número 1-877-696-6775 ou acesse o site <a href="http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/">www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/</a>.</p> </li> <li>• Você não sofrerá retaliação por registrar uma queixa.</li> </ul>

## Suas preferências

Em alguns casos, você pode indicar quais informações sobre a sua saúde podemos compartilhar.

Caso tenha uma preferência clara sobre como compartilhamos suas informações nas situações descritas abaixo, entre em contato conosco. Comunique o que você deseja que façamos e seguiremos suas instruções.

**Nestes casos, você tem a opção e o direito de solicitar que façamos o seguinte:**

- Compartilhar informações com sua família, amigos próximos ou outras pessoas envolvidas em seus cuidados.
- Compartilhar informações para assistência em caso de desastre.

*Se você não puder indicar sua preferência (por exemplo, se estiver inconsciente), poderemos compartilhar suas informações se acreditarmos que é para o seu bem. Também poderemos compartilhar suas informações quando necessário para amenizar uma ameaça grave e iminente à saúde ou à segurança.*

**Nestes casos, suas informações nunca serão compartilhadas, a menos que você nos dê sua permissão por escrito:**

- Para fins de marketing.
- Venda de suas informações.
- Compartilhamento da maioria das notas de psicoterapia.

**No caso de arrecadação de fundos:**

- Poderemos entrar em contato com você sobre campanhas de arrecadação de fundos, mas você pode pedir para não receber mais esse tipo de comunicação.

## Usos e divulgações

### Como normalmente usamos ou compartilhamos suas informações de saúde?

De maneira geral, usamos ou compartilhamos suas informações de saúde para os fins indicados a seguir.

<b>Fornecer tratamento</b>	Podemos usar suas informações de saúde e compartilhá-las com outros profissionais que estão cuidando de você.	<b>Exemplo:</b> Um médico está tratando você de uma lesão e pergunta a outro médico sobre seu estado geral de saúde.
<b>Administrar nossa organização</b>	Podemos usar e compartilhar suas informações de saúde para administrar nossa clínica, melhorar o tratamento que oferecemos a você e entrar em contato quando necessário.	<b>Exemplo:</b> Usamos suas informações de saúde para administrar seu tratamento e os serviços oferecidos.
<b>Cobrar por serviços prestados</b>	Podemos usar e compartilhar suas informações de saúde para emitir faturas e receber pagamentos de planos de saúde ou outras entidades	<b>Exemplo:</b> Fornecemos suas informações ao seu plano de saúde para que o plano pague pelos serviços prestados a você.
<b>Entrar em contato com você</b>	Poderemos usar suas informações de saúde para entrar em contato com você e fornecer instruções de tratamento ou cuidados de acompanhamento ou, ainda, para comunicar os serviços que prestamos.	<b>Exemplo:</b> Podemos entrar em contato para informar sobre consultas agendadas ou canceladas, comunicar atualizações de registro ou seguro, resolver questões de cobrança ou pagamento, fazer avaliação antes de um procedimento, realizar pesquisas de satisfação ou compartilhar resultados de exames.

## De que outra forma podemos usar ou compartilhar suas informações de saúde?

Temos permissão ou a obrigação de compartilhar suas informações de outras formas – geralmente de maneiras que contribuam para o bem da sociedade, como saúde pública e pesquisa. Temos que atender diversas condições legais antes de compartilhar suas informações para tais fins. Para mais informações, consulte o link a seguir:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

<b>Auxiliar com questões de saúde e segurança pública</b>	<p>Podemos compartilhar suas informações de saúde para determinados fins, como:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Prevenir doenças.</li><li>• Auxiliar nos recalls de produtos.</li><li>• Relatar reações adversas a medicamentos.</li><li>• Denunciar suspeitas de abuso, negligência ou violência doméstica.</li><li>• Prevenir ou reduzir uma ameaça grave à saúde ou segurança de alguém.</li></ul>
<b>Fazer pesquisas</b>	<p>Podemos usar ou compartilhar suas informações para a realização de pesquisas em saúde. Na maioria dos casos, as informações são desidentificadas antes de serem compartilhadas; caso isso não seja possível, as informações só serão partilhadas perante o seu consentimento.</p>
<b>Obedecer a lei</b>	<p>Compartilharemos suas informações se as leis estaduais ou federais assim exigirem, inclusive com o <i>Department of Health and Human Services</i> (Departamento de Saúde e Serviços Humanos) para comprovar que estamos cumprindo a lei federal de privacidade.</p>
<b>Responder a solicitações de doação de órgãos e tecidos</b>	<p>Podemos compartilhar suas informações de saúde com organizações de aquisição de órgãos.</p>
<b>Colaborar com um médico legista ou agente funerário</b>	<p>Podemos compartilhar informações de saúde com um médico legista ou agente funerário no caso de morte.</p>

<p>Examinar reivindicações de seguro contra acidentes de trabalho, atender a autoridades policiais e outras solicitações do governo..</p>	<p>Podemos usar ou compartilhar suas informações de saúde para os seguintes fins:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Processar reivindicações de seguro contra acidentes de trabalho.</li> <li>• Garantir o cumprimento da lei ou sob solicitação de uma autoridade policial.</li> <li>• Cooperar com órgãos de fiscalização sanitária em atividades autorizadas por lei.</li> <li>• Atender a funções governamentais especiais, como militares, de segurança nacional e serviços de proteção presidencial.</li> </ul>
<p><b>Responder a processos e ações judiciais</b></p>	<p>Podemos compartilhar suas informações de saúde mediante uma ordem judicial ou administrativa ou em resposta a uma intimação (a menos que sejam aplicáveis normas estaduais mais rigorosas que impeçam tal compartilhamento).</p>

**De modo geral, solicitaremos o seu consentimento por escrito ou uma ordem judicial** antes de compartilhar certas informações confidenciais, como as indicadas a seguir:

- Histórico de uso de álcool e outras substâncias. As leis e regulamentos federais protegem a confidencialidade do histórico de pacientes com transtorno por uso de substâncias. Uma síntese das leis e regulamentos federais está disponível na página 10 deste comunicado. Recomendamos ler com atenção.
- Informações relacionadas a AIDS, ARC ou HIV, incluindo, entre outras, a situação ou os resultados de exames, independentemente de serem positivos ou negativos.
- Doenças sexualmente transmissíveis.
- Resultados de testes genéticos.
- Consentimento para aborto.
- Aconselhamento de vítimas de violência doméstica ou agressão sexual.
- Certa documentação de psicoterapia.
- Comunicações com provedores de saúde mental e assistentes sociais.



# Nossas responsabilidades

- Somos obrigados por lei a preservar a privacidade e a segurança das suas informações de saúde.
- Caso ocorrer uma violação que possa comprometer a privacidade ou a segurança de suas informações, entraremos em contato imediatamente.
- Temos a obrigação de seguir as funções e práticas de privacidade descritas neste comunicado e fornecer uma cópia a você.
- Suas informações não serão usadas ou compartilhadas de outra forma além daquelas descritas neste documento, a menos que você formalize um pedido por escrito. Se nos der essa permissão, você tem o direito de mudar de ideia quando quiser. Se você mudar de ideia, comunique essa decisão por escrito.

Para mais informações, consulte o link a seguir:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

## Por quanto tempo armazenamos suas informações?

As informações de saúde são armazenadas em formato impresso, eletrônico ou fotográfico e mantidas por 20 anos após a alta ou o tratamento final de um paciente. Outros registros são mantidos de acordo com as leis ou os regulamentos estaduais e federais. Uma cópia das nossas diretrizes de retenção de registros médicos pode ser disponibilizada mediante solicitação.

## Alterações dos termos deste comunicado

Podemos alterar os termos deste comunicado. Essas alterações afetarão as informações que temos sobre você. Nesse caso, o novo comunicado estará disponível em nossa clínica e no nosso site, mediante solicitação.

## Reclamações

Se você acredita que seus direitos de privacidade foram violados, pode registrar uma queixa conosco ou junto à *Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services* (Secretaria do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA). Para registrar uma queixa conosco, entre em contato com o Diretor de Reclamações pelo endereço 1881 Worcester Road, Framingham, MA 01701 ou pelo e-mail [CCO@Advocates.org](mailto:CCO@Advocates.org). Todas as queixas devem ser apresentadas por escrito. Você pode entrar em contato com o Diretor de Privacidade pelo telefone 877 296-5432 para obter assistência ao escrever sua reclamação, se necessário. Você não sofrerá retaliação por registrar uma queixa.

## Entre em contato

**Se tiver alguma dúvida sobre este comunicado sobre práticas de privacidade, entre em contato com:**

Diretor de Conformidade (CCO) da Advocates

Telefone: 877-296-5432

E-mail: [CCO@Advocates.org](mailto:CCO@Advocates.org)

**Informações de contato para solicitar histórico médico:**

Records Center

1881 Worcester Road

Framingham, MA 01701

Telefone: 508-628-6300

E-mail: [RecordsCenter@Advocates.org](mailto:RecordsCenter@Advocates.org)

*Este aviso entra em vigor no dia 21 de fevereiro de 2024.*

## Confidencialidade dos registros de tratamento de uso de substâncias

**Seus direitos e preferências:** A confidencialidade do histórico médico de pacientes em tratamento pelo uso de substâncias, armazenado por nós, é protegida por leis e regulamentos federais. 42 USC § 290dd-2, 42 USC 290ee-3 e 42 CFR Parte 2 (Parte 2). A Parte 2 estabelece proteções federais mais rigorosas do que de outras leis de privacidade de saúde e, com raras exceções, exige o consentimento do paciente para que suas informações de saúde protegidas sejam compartilhadas, inclusive para fins de tratamento, cobrança ou operações de cuidados de saúde. Sempre que informações forem compartilhadas mediante seu consentimento por escrito, elas serão acompanhadas de um aviso ao destinatário informando que o compartilhamento adicional dessas informações é proibido, a menos que expressamente permitido mediante seu consentimento por escrito ou de acordo com a Parte 2. Se desejar autorizar o compartilhamento das suas informações pessoais com outros fornecedores ou com entidades externas para viabilizar a coordenação de tratamentos, você pode assinar um formulário de consentimento e especificar com quem podemos compartilhá-las.

**Usos e compartilhamentos permitidos:** A lei federal permite divulgar seu histórico de tratamento por uso de substâncias sem sua permissão por escrito nas seguintes situações:

- Se previsto em um acordo com uma organização de serviços ou parceiro qualificado.
- Realização de pesquisa por pessoal qualificado.
- Auditoria ou avaliação de programas.
- Denúncia de um crime, seja nas instalações de um programa Parte 2 da Advocates ou contra um funcionário da Advocates que trabalhe em um dos programas Parte 2, programas para abuso de drogas ou álcool.
- Equipe médica em uma emergência médica.
- Autoridades estaduais ou locais apropriadas para denunciar suspeitas de abuso ou negligência infantil.
- Conforme permitido por ordem judicial.

Em uma crise, a confidencialidade pode ser violada para garantir a sua segurança. Em cada caso, as informações só poderão ser compartilhadas na medida do necessário.

É importante observar que, ocasionalmente, você pode encontrar a equipe dos programas de abuso de drogas ou álcool da Advocates (Equipe do Programa Parte 2) em público. A equipe do Programa Parte 2 não abordará você em áreas públicas. No

entanto, se você vir um membro da equipe do Programa Parte 2 em um ambiente público e quiser conversar, pode abordá-lo sob o risco de quebrar o anonimato do programa.

**Denúncia de violação:** A violação da lei federal e dos regulamentos da Parte 2 é crime. As suspeitas de violação podem ser denunciadas conforme descrito a seguir. Toda e qualquer violação da Parte 2 pode ser comunicada às seguintes partes:

- Linha anônima de conformidade da Advocates pelo número (877) 296-5432
- Diretor de privacidade da Advocates: [privacidadeofficer@advocates.org](mailto:privacidadeofficer@advocates.org)
- Ao Procurador dos Estados Unidos:  
United States Attorney's Office  
John Joseph Moakley  
U.S. Courthouse  
One Courthouse Way, Suite 9200, Boston, MA 02210  
ATTN: Duty Paralegal.
- À *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (Administração de Abuso de Substâncias e Serviços de Saúde Mental, SAMHSA), responsável por supervisionar o programa de tratamento de opioides:  
Contato do Diretor de Conformidade do Programa de Tratamento de Opioides da SAMHSA
- Ao *Center for Substance Abuse Treatment* (Centro para Tratamento de Abuso de Substâncias, CSAT) da SAMHSA pelo número **866-BUP-CSAT** (866-287-2728) ou pelo e-mail [infobuprenorphine@samhsa.hhs.gov](mailto:infobuprenorphine@samhsa.hhs.gov).

# Confirmação do comunicado sobre práticas de privacidade

Ao assinar abaixo, eu, (*nome da pessoa atendida*) \_\_\_\_\_, confirmo ter recebido uma cópia do comunicado atual sobre práticas de privacidade da (*nome da organização*) \_\_\_\_\_. Confirmando ter lido e compreendido os termos deste comunicado, e que tive oportunidade de fazer perguntas sobre o uso ou divulgação das minhas informações de saúde.

Assinatura da pessoa atendida/representante pessoal (se aplicável) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Nome impresso do representante pessoal \_\_\_\_\_

Relação com a pessoa atendida \_\_\_\_\_

## RESERVADO PARA USO INTERNO

O comunicado sobre práticas de privacidade foi fornecido ao indivíduo no dia (*data*) \_\_\_\_\_ da seguinte forma:

- Pessoalmente
- Por correspondência por correio
- Por e-mail
- Outra forma: \_\_\_\_\_

**Não foi possível obter consentimento e confirmação por escrito porque:**

- A pessoa atendida/representante legal se recusou a assinar
- Verificação de recebimento de e-mail
- Outro motivo: \_\_\_\_\_

Nome e cargo do funcionário: \_\_\_\_\_

Assinatura do funcionário: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Formulário de arquivo no registro