



DECLARAÇÃO DE PRIVACIDADE (NOTICE OF PRIVACY PRACTICES)

Data de entrada em vigor: 14 de abril de 2003
Revisado em: 5 de março de 2026

Esta declaração descreve como suas informações médicas podem ser utilizadas e divulgadas e como você pode ter acesso a essas informações. POR FAVOR, ANALISE-A COM ATENÇÃO.

No que diz respeito aos registros da Parte 2 sobre Transtornos por Uso de Substâncias (SUD), esta declaração descreve:

- Como as informações de saúde sobre você podem ser utilizadas e divulgadas (Parte 2)
- Seus direitos em relação às suas informações de saúde
- Como apresentar uma reclamação relativa a uma violação da privacidade ou da segurança de suas informações de saúde, ou de seus direitos em relação a essas informações

Você tem o direito de receber uma cópia desta declaração (em formato impresso ou eletrônico) e de discutir o assunto com o nosso responsável pela privacidade pelo telefone 833-718-1043 ou pelo e-mail privacyofficer@trinity-health.org caso tenha alguma dúvida.

Entendemos que as suas informações de saúde são extremamente pessoais e estamos empenhados em proteger a sua privacidade. Leia atentamente esta Declaração de Privacidade. Este documento descreve como utilizaremos e divulgaremos suas Informações de Saúde Protegidas (PHI).

A Lei de Portabilidade e Responsabilidade dos Seguros de Saúde de 1996 e a Lei de Tecnologia da Informação em Saúde para a Saúde Econômica e Clínica (contida no Título XIII da Lei Americana de Recuperação e Reinvestimento de 2009) (coletivamente referidas como "HIPAA"), conforme alteradas periodicamente, exigem que mantenhamos a privacidade das informações de saúde dos pacientes individualmente identificáveis (essas informações são "informações de saúde protegidas" e são aqui referidas como "PHI").

Também somos obrigados a fornecer aos pacientes uma Declaração de Privacidade no que diz respeito às Informações de Saúde Protegidas (PHI). Só utilizaremos ou divulgaremos suas informações de saúde protegidas (PHI) conforme permitido ou exigido pelas leis estaduais e federais aplicáveis. Esta Declaração se aplica às suas Informações de Saúde Protegidas (PHI) sob nosso controle, incluindo os prontuários médicos por nós gerados.

Esta declaração se aplica à prestação de cuidados de saúde pelo nosso hospital e sua equipe médica no hospital principal, em todos os ambulatórios, nos programas de tratamento de transtornos relacionados ao uso de substâncias (Parte 2) e nas clínicas. Esta declaração também se aplica às atividades de análise de utilização e avaliação de qualidade da Trinity Health e do nosso hospital, na qualidade de membro da Trinity Health, um sistema de saúde católico com unidades localizadas em vários estados dos Estados Unidos.

I. Uso ou divulgação permitidos

A. Tratamento: Utilizaremos e divulgaremos as suas informações de saúde protegidas (PHI) para prestar, coordenar ou gerenciar os seus cuidados de saúde e serviços relacionados, a fim de realizar as funções de tratamento. A seguir, apresentamos alguns exemplos de como utilizaremos e/ou divulgaremos suas informações de saúde protegidas (PHI):

- i. Ao seu médico assistente, aos médicos consultores e a outros profissionais de saúde que tenham necessidade legítima dessas informações para o seu atendimento e tratamento.
- ii. Para coordenar seu tratamento (por exemplo, agendamento de consultas) conosco e com outros profissionais de saúde, incluindo nome, endereço, emprego, seguradora, etc.
- iii. Para entrar em contato com você a fim de lhe lembrar de que tem uma consulta marcada para tratamento ou atendimento médico em nossas instalações.
- iv. Para lhe fornecer informações sobre alternativas de tratamento ou outros benefícios ou serviços relacionados à saúde.
- v. Se você for detento de uma instituição penitenciária ou estiver sob a custódia de um agente da lei, divulgaremos suas informações de saúde protegidas (PHI) à instituição penitenciária ou ao agente da lei, conforme exigido por lei.

B. Tratamento de Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias (SUD): Oferecemos programas de tratamento de transtornos relacionados ao uso de substâncias cobertos pela norma 42 CFR Parte 2 (a “Parte 2” do programa). Se você receber esse tipo de atendimento, poderá ser solicitado que assine um formulário de consentimento geral para tratamento no âmbito da Parte 2 do Programa. A autorização por escrito para fins de tratamento, pagamento e operações pode ser obtida uma única vez e serve como base para usos futuros de suas informações de saúde protegidas (PHI) para esses fins, sem a necessidade de nova autorização nos termos da HIPAA.

- i. Caso recebamos ou mantenhamos quaisquer informações sobre você provenientes de um programa de tratamento de transtornos relacionados ao uso de substâncias abrangido pela Parte 2 do Título 42 do Código de Regulamentos Federais (CFR) (um “Parte 2 do Programa”), por meio de um único consentimento por escrito que você forneça a Parte 2 do Programa para a utilização e divulgação do prontuário da Parte 2 do Programa para fins de tratamento, pagamento ou operações de assistência médica, também poderemos utilizar e divulgar o seu prontuário da Parte 2 do Programa para fins de tratamento, pagamento e operações de assistência médica, conforme descrito nesta Declaração.
- ii. Caso recebamos ou mantenhamos seu registro da Parte 2 do Programa por meio de consentimento específico que você nos forneça ou a terceiros, utilizaremos e divulgaremos seu registro da Parte 2 do Programa apenas conforme expressamente permitido por você no consentimento que nos foi fornecido.

- iii. Em hipótese alguma utilizaremos ou divulgaremos seu registro na Parte 2 do Programa, nem qualquer depoimento que descreva as informações contidas nesse registro, em qualquer processo civil, criminal, administrativo ou legislativo movido por qualquer autoridade federal, estadual ou local contra você, a menos que tal seja autorizado por seu consentimento ou por ordem judicial, após você ter sido notificado sobre a ordem judicial.
- iv. Arrecadação de fundos: Você tem o direito de solicitar a exclusão de atividades específicas de arrecadação de fundos relacionadas ao tratamento de transtornos por uso de substâncias.
- v. Seus direitos em relação aos registros da Parte 2: Os direitos adicionais do paciente descritos nesta Declaração aplicam-se a todas as informações médicas, incluindo os registros da Parte 2.

C. Pagamento: Utilizaremos e divulgaremos suas informações de saúde protegidas (PHI) para fins de pagamento. A seguir, apresentamos alguns exemplos de como utilizaremos e/ou divulgaremos suas informações de saúde protegidas (PHI):

- i. A uma seguradora, pagador terceirizado, administrador terceirizado, plano de saúde ou outro prestador de serviços de saúde (ou seus representantes devidamente autorizados) para fins de pagamento, tais como determinação de cobertura, elegibilidade, pré-aprovação/autorização de tratamento, faturamento, gestão de sinistros, auditorias de reembolso, etc.
- ii. A agências de cobrança e outros terceiros envolvidos na cobrança de pagamentos por serviços prestados.

D. Operações de assistência médica: Utilizaremos e divulgaremos suas informações de saúde protegidas (PHI) para fins de operações de assistência médica. A seguir, apresentamos alguns exemplos de como utilizaremos e/ou divulgaremos suas informações de saúde protegidas (PHI):

- i. Para gestão de casos, garantia de qualidade, utilização, contabilidade, auditoria, planejamento de alta, atividades de saúde populacional relacionadas à melhoria da saúde ou à redução dos custos com cuidados de saúde, educação, acreditação, licenciamento e atividades de credenciamento.
- ii. A consultores, contadores, auditores, advogados, empresas de transcrição, prestadores de serviços de tecnologia da informação e armazenamento em nuvem, etc.

E. Outros usos e divulgações: No âmbito do tratamento, pagamento e operações de assistência médica. Também podemos utilizar suas informações de saúde protegidas (PHI) para os seguintes fins:

- i. **Atividades de arrecadação de fundos e marketing:** Utilizaremos e poderemos divulgar algumas de suas informações de saúde protegidas (PHI), incluindo uma fundação relacionada, para determinadas atividades de arrecadação de fundos e marketing. Por exemplo, podemos utilizar ou divulgar suas informações demográficas,

as datas dos serviços de tratamento, informações sobre o médico responsável pelo tratamento, o departamento onde o serviço foi prestado e informações sobre os resultados, e podemos solicitar uma doação em dinheiro. Qualquer comunicação de arrecadação de fundos ou de marketing que lhe for enviada informará como você pode exercer o seu direito de cancelar o recebimento de comunicações semelhantes no futuro.

- ii. **Pesquisa médica:** Utilizaremos e divulgaremos suas informações de saúde protegidas (PHI) de forma autorizada a pesquisadores médicos que as solicitem para projetos de pesquisa médica aprovados. Os pesquisadores são obrigados a proteger todas as informações de saúde protegidas (PHI) que receberem.
 - iii. **Atividades de promoção da saúde:** Utilizaremos e divulgaremos algumas de suas informações de saúde protegidas (PHI) para determinadas atividades de promoção da saúde. Por exemplo, seu nome e endereço serão utilizados para lhe enviar boletins informativos gerais ou informações específicas com base nas suas preocupações com a saúde.
 - iv. **Inteligência artificial:** Utilizamos tecnologia para apoiar cuidados e tratamentos que podem envolver o uso de Inteligência artificial (IA). A tecnologia de inteligência artificial utiliza informações para treinar e aprimorar as funcionalidades da IA. Nossos parceiros de tecnologia, incluindo aqueles que utilizam tecnologia de IA, devem manter a confidencialidade das informações, de acordo com a legislação aplicável.
 - v. **Informações anonimizadas:** Podemos utilizar e divulgar informações que tenham sido anonimizadas, ou seja, que não incluam seu nome, endereço ou outros dados pessoais que possam lhe identificar diretamente, em conformidade com a legislação federal. Depois que suas informações forem tornadas anônimas, elas não serão mais consideradas informações de saúde protegidas nos termos da HIPAA e não estarão sujeitas às mesmas proteções de privacidade.
- F. Leis mais rigorosas:** As leis estaduais do local onde você mora podem ser mais rigorosas do que a HIPAA em vários aspectos. Continuaremos a cumprir essas leis estaduais mais rigorosas.
- i. **Leis estaduais mais rigorosas:** A legislação estadual é mais rigorosa quando o indivíduo tem direito a um acesso mais amplo aos registros do que o previsto pela HIPAA. A legislação estadual também é mais rigorosa quando os registros oferecem aos prestadores maior proteção contra a divulgação do que a prevista pela HIPAA. Nos casos em que prestamos atendimento a um paciente residente em um estado vizinho, cumprimos a mais rigorosa legislação estadual aplicável.
- G. Intercâmbio de Informações de Saúde:** Compartilhamos seus registros de saúde, por meio eletrônico ou de outra forma, com Entidades de Intercâmbio de Informações de Saúde (“HIEs”) que trocam registros de saúde com outras HIEs. Também utilizamos tecnologia de troca de dados (como serviços de mensagens diretas, provedores de serviços de informações de saúde (“HISP”) e portais de prestadores) em conjunto com o Prontuário Eletrônico do Paciente (“EHR”) para compartilhar seus registros de saúde para fins autorizados, incluindo a continuidade do atendimento e do tratamento. As HIEs e a

tecnologia de intercâmbio de dados permitem o compartilhamento de seus registros médicos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados. Os registros médicos compartilhados irão incluir, se for o caso, diagnósticos confidenciais, tais como HIV/AIDS, doenças sexualmente transmissíveis, informações genéticas, saúde mental e transtornos relacionados ao uso de álcool e outras substâncias. As HIEs e os provedores de tecnologia de intercâmbio de dados atuam como nossos parceiros comerciais e, ao agirem em nosso nome, transmitirão, manterão e armazenarão as suas informações de saúde protegidas (PHI) para fins de tratamento, pagamento e operações de assistência médica, bem como para outros fins permitidos. As HIEs e as tecnologias de intercâmbio de dados são obrigadas a implementar medidas de segurança administrativas, físicas e técnicas que protejam a confidencialidade e a integridade das suas informações médicas. A legislação aplicável pode conceder a você o direito de restringir, aceitar ou recusar a participação em HIE(s). Para obter mais informações, entre em contato com nosso Diretor de Privacidade pelo telefone 833-718-1043 ou envie um e-mail para privacyofficer@trinity-health.org.

II. Utilização ou divulgação permitida com a possibilidade de você concordar ou se opor

- A. Família/Amigos:** Divulgaremos suas informações de saúde protegidas (PHI) a um amigo ou familiar que esteja envolvido em seus cuidados médicos ou que esteja pagando o tratamento. Você tem o direito de solicitar que suas informações de saúde protegidas (PHI) não sejam compartilhadas. Além disso, divulgaremos as suas informações de saúde protegidas (PHI) a uma agência que preste assistência em operações de socorro em caso de desastre, para que sua família possa ser informada sobre seu estado de saúde, situação e localização.
- B. Lista de pacientes do hospital:** Podemos incluir certas informações sobre você na lista de pacientes do hospital quando você estiver internado. Essas informações irão incluir o seu nome, localização, seu estado geral (por exemplo, satisfatório, estável, crítico etc.) e sua religião. As informações da lista de pacientes, com exceção da sua religião, serão divulgadas às pessoas que perguntarem por você pelo nome. Você tem o direito de solicitar que seu nome não seja incluído em nossa lista de pacientes. Caso solicite a exclusão da lista, não poderemos informar aos visitantes sobre sua presença, localização ou estado geral.
- C. Cuidados espirituais:** As informações da lista de pacientes, incluindo a sua filiação religiosa, serão fornecidas a um membro do clero, mesmo que ele não pergunte por você pelo nome. Os profissionais de assistência espiritual fazem parte da equipe de saúde e podem ser consultados sobre os seus cuidados. Você tem o direito de solicitar que seu nome não seja divulgado a membros do clero.
- D. Notícias na mídia:** Divulgaremos à mídia as informações da lista de pacientes da instituição (exceto a filiação religiosa) caso a mídia solicite informações sobre você mencionando o seu nome. Observe que você pode optar por não ser incluído na lista.

III. Utilização ou divulgação que exija a sua autorização

- A. Marketing:** Salvo algumas exceções limitadas, é necessária a sua autorização por escrito nos casos em que recebamos qualquer remuneração financeira, direta ou indireta, em troca de uma comunicação dirigida a você que o incentive a adquirir um produto ou serviço, ou de uma divulgação a terceiros que pretendam comercializar seus produtos ou serviços para você.
- B. Pesquisa:** Iremos solicitar a sua autorização por escrito para utilizar ou divulgar suas informações de saúde protegidas (PHI) e/ou amostras de tecido para fins de pesquisa, quando exigido pela HIPAA ou pelas leis e regulamentos de pesquisa clínica.
- C. Anotações de psicoterapia:** a maioria das utilizações e divulgações de anotações de psicoterapia requer sua autorização por escrito.
- D. Parte 2: Notas de aconselhamento sobre transtornos por uso de substâncias (SUD):** Devemos obter seu consentimento por escrito antes de divulgar quaisquer notas de aconselhamento sobre SUD que possam constar em seu prontuário da Parte 2, a menos que a Parte 2 permita o contrário. A autorização para divulgação das anotações de aconselhamento sobre transtornos por uso de substâncias não pode ser e não será combinada com nenhuma outra autorização.
- E. Venda de Informações de Saúde Protegidas (PHI):** Salvo algumas exceções limitadas, a divulgação de informações que constitua uma venda de Informações de Saúde Protegidas (PHI) requer sua autorização por escrito.
- F. Outros usos e divulgações:** Quaisquer outros usos ou divulgações de Informações de Saúde Protegidas (PHI) que não estejam descritos nesta Declaração de Privacidade podem exigir sua autorização por escrito (a menos que sejam permitidos pela HIPAA). As autorizações por escrito informarão por que estamos utilizando suas informações de saúde protegidas (PHI). Você tem o direito de revogar uma autorização a qualquer momento.

IV. Utilização ou divulgação permitida ou exigida por políticas públicas ou pela lei sem a sua autorização

- A. Fins de aplicação da lei:** Podemos divulgar suas informações de saúde protegidas (PHI) para fins de aplicação da lei, conforme permitido por lei, tais como identificar um suspeito de crime ou uma pessoa desaparecida, ou fornecer informações sobre uma vítima de crime ou conduta criminosa que o afete.
- B. Exigido por lei:** Divulgaremos suas informações de saúde protegidas (PHI) quando exigido pela legislação federal, estadual ou municipal. Entre os exemplos estão a divulgação de informações em resposta a uma ordem judicial ou intimação, notificações obrigatórias às autoridades estaduais (por exemplo, ferimentos por arma de fogo, vítimas de abuso ou negligência infantil), investigações governamentais ou informações necessárias para cumprir outras leis, como a legislação sobre acidentes de trabalho ou leis semelhantes. Denunciaremos o desvio de medicamentos e quaisquer informações relacionadas a atividades fraudulentas na prescrição de receitas às autoridades policiais e aos órgãos reguladores.
- C. Supervisão da saúde pública ou segurança:** Utilizaremos e divulgaremos as Informações de Saúde Protegidas (PHI) para evitar uma ameaça grave à saúde e à segurança de uma

pessoa ou do público. Entre os exemplos estão a divulgação de informações de saúde protegidas (PHI) a investigadores estaduais sobre a qualidade dos cuidados de saúde ou a órgãos de saúde pública sobre vacinação, doenças transmissíveis, etc. Utilizaremos e divulgaremos as Informações de Saúde Protegidas (PHI) para atividades relacionadas à qualidade, segurança ou eficácia de produtos ou atividades regulamentados pela Agência de Alimentos e Medicamentos (FDA), incluindo a coleta e notificação de eventos adversos, o acompanhamento e a facilitação de recalls de produtos, etc.

- D. Médicos legistas, peritos forenses, agentes funerários:** Divulgaremos as suas informações de saúde protegidas (PHI) a um médico legista ou perito forense. Por exemplo, isso será necessário para identificar uma pessoa falecida ou para determinar a causa da morte. Também podemos divulgar suas informações médicas a agentes funerários, conforme necessário para o desempenho das funções deles.
- E. Doação de órgãos:** Divulgaremos as Informações de Saúde Protegidas (PHI) a uma organização ou entidade de obtenção de órgãos para fins de doação de órgãos, olhos ou tecidos.
- F. Funções governamentais específicas:** Divulgaremos suas informações de saúde protegidas (PHI) no âmbito de funções governamentais, tais como atividades militares, de segurança nacional e de inteligência. Utilizaremos ou divulgaremos suas Informações de Saúde Protegidas (PHI) ao Departamento de Assuntos dos Veteranos para determinar se você tem direito a determinados benefícios.
- G. Vacinação:** Divulgaremos o comprovante de vacinação à escola nos casos em que a legislação estadual ou outra legislação semelhante exija tal comprovação antes da admissão de um aluno.

V. Seus direitos relativos às informações de saúde

Você tem os seguintes direitos individuais relativos às suas informações de saúde protegidas (PHI), incluindo os registros da Parte 2:

- A. Direito de consultar e copiar:** Salvo algumas exceções limitadas, você tem o direito de acessar suas Informações de Saúde Protegidas (PHI) e de consultá-las e copiá-las enquanto mantivermos esses dados.

Caso recusemos o seu pedido de acesso às suas informações de saúde protegidas (PHI), iremos notificá-lo por escrito, informando o motivo da recusa. Por exemplo, você não tem direito a acessar as anotações da psicoterapia nem a examinar as informações cujo acesso é proibido por lei. Você pode ter o direito de solicitar a revisão desta decisão.

Você também tem o direito de solicitar suas informações de saúde protegidas (PHI) em formato eletrônico nos casos em que utilizamos prontuários médicos eletrônicos.

Será cobrada uma taxa pela cópia, de acordo com a legislação federal ou estadual aplicável.

Para sua conveniência, algumas de suas informações de saúde protegidas (PHI) estarão disponíveis no portal do paciente. O acesso a informações de saúde protegidas (PHI) adicionais é obtido por meio de um pedido de acesso.

- B. Direito de alteração:** Você tem o direito de alterar suas informações de saúde protegidas (PHI) enquanto mantivermos esses dados. Você deve enviar seu pedido de alteração de suas Informações de Saúde Protegidas (PHI) por escrito para privacyofficer@trinity-health.org ou para o nosso responsável pela privacidade do sistema, no endereço 20555 Victor Parkway, Livonia, MI 48152, incluindo o motivo que justifica a alteração solicitada.

No entanto, recusaremos o seu pedido de alteração se:

- i. Não fomos nós que criamos a informação
- ii. A informação não faz parte do conjunto de registros designado
- iii. A informação não estaria disponível para sua consulta (devido ao seu estado ou natureza)
- iv. As informações estão corretas e completas

Caso seu pedido de alteração das suas informações de saúde protegidas (PHI) seja negado, o responsável pela proteção de dados irá lhe notificar por escrito, informando o motivo da recusa. O responsável pela proteção de dados também irá lhe informar sobre o seu direito de apresentar uma declaração por escrito, manifestando discordância em relação à recusa. Você pode solicitar que incluamos seu pedido de alteração e a recusa sempre que divulgarmos posteriormente as informações que você desejava alterar. Podemos elaborar uma contestação à sua declaração de discordância e lhe forneceremos uma cópia dessa contestação.

- C. Direito ao relatório de divulgações:** O(a) senhor(a) tem o direito de receber um relatório das divulgações das suas Informações de Saúde Protegidas (PHI) que tenhamos feito, exceto no que se refere às seguintes divulgações:

- i. Para realizar tratamentos, pagamentos ou operações relacionadas à assistência médica;
- ii. Para você;
- iii. Às pessoas envolvidas nos seus cuidados;
- iv. Por motivos de segurança nacional ou de inteligência; ou
- v. A instituições penitenciárias ou autoridades policiais.

Você deve enviar sua solicitação de relatório sobre as divulgações de suas Informações de Saúde Protegidas (PHI) por escrito ao nosso responsável pela privacidade, no endereço privacyofficer@trinity-health.org, ou para o endereço físico: 20555 Victor Parkway, Livonia, MI 48152.

É necessário indicar o período abrangido pela contabilidade, que não pode ser superior a 6 anos. Uma vez a cada 12 meses, forneceremos a você, sem nenhum custo, um relatório das divulgações de suas informações de saúde protegidas (PHI). Quaisquer solicitações adicionais de prestação de contas dentro desse prazo estarão sujeitas a uma taxa pela elaboração do relatório.

- D. Direito de solicitar restrições:** Você tem o direito de solicitar restrições a determinados usos e divulgações de suas Informações de Saúde Protegidas (PHI) para fins de tratamento, pagamento ou operações de assistência médica, ou de proibir tal divulgação. No entanto, analisaremos a sua solicitação, mas não somos obrigados a aceitar as restrições solicitadas.
- E. Direito de solicitar restrições a um plano de saúde:** Você tem o direito de solicitar uma restrição à divulgação de suas informações de saúde protegidas (PHI) a um plano de saúde (para fins de pagamento ou operações de assistência médica) nos casos em que tenha pago integralmente, do próprio bolso, pelos itens recebidos ou serviços prestados. Esses pedidos serão atendidos.
- F. Direito à confidencialidade das comunicações:** Você tem o direito de receber comunicações confidenciais relativas às suas informações de saúde protegidas (PHI) por meios alternativos ou em locais alternativos. Por exemplo, você pode solicitar que entremos em contato com você apenas no trabalho ou por correio. Caso tenha fornecido seu endereço de e-mail, poderemos entrar em contato com você por esse meio, a menos que solicite outra forma de contato.
- G. Direito de receber uma cópia desta Declaração:** Você tem o direito de receber uma cópia impressa desta Declaração de Privacidade, mediante solicitação.

VI. Violação de informações de saúde protegidas (PHI) não protegidas

Caso ocorra uma violação de informações de saúde protegidas (PHI) não protegidas que o afete, somos obrigados a notificá-lo sobre a violação. Esse aviso pode ser enviado pelo nosso parceiro comercial em nosso nome.

VII. Compartilhamento e uso conjunto de suas informações de saúde

Os membros da Trinity Health e a equipe médica utilizam as suas informações de saúde protegidas (PHI) para fins de tratamento, pagamento e/ou operações de assistência médica permitidas pela HIPAA no que diz respeito aos nossos pacientes em comum. Ao prestar atendimento a você e em cumprimento à nossa missão de melhorar a saúde da comunidade, compartilharemos suas informações de saúde protegidas (PHI) com outras organizações e profissionais de saúde que concordaram em respeitar os termos descritos a seguir:

- A. Equipe médica:** A equipe médica e os membros da Trinity Health atuam em conjunto, no âmbito de um sistema organizado de assistência médica, para prestar atendimento médico a você. Concordamos em cumprir os termos desta Declaração no que diz respeito às Informações de Saúde Protegidas (PHI) criadas ou recebidas no âmbito da prestação de cuidados de saúde a você. Acessaremos e utilizaremos as Informações de Saúde Protegidas (PHI) para cumprir nossa missão beneficente, incluindo a avaliação e a melhoria da qualidade do atendimento.

B. Afiliação à Trinity Health: Nós e outros membros da Trinity Health participamos em conjunto de um acordo organizado de assistência médica para análise de utilização, avaliação de qualidade e atividades relacionadas. Como parte da Trinity Health, um sistema nacional de saúde católico que inclui outros hospitais, casas de repouso e prestadores de serviços de saúde, as suas informações de saúde protegidas (PHI) podem ser compartilhadas para fins de análise de utilização, avaliação de qualidade e atividades relacionadas da Trinity Health, da empresa controladora e de seus membros. Todos os membros da Trinity Health concordaram em cumprir os termos desta Declaração no que diz respeito às Informações de Saúde Protegidas (PHI) criadas ou recebidas no âmbito das atividades de análise de utilização e avaliação da qualidade.

Acesse os sites da Trinity Health para consultar a lista de organizações afiliadas em <http://www.trinity-health.org>. Ou, se preferir, você pode ligar para o nosso responsável pela privacidade no número 833-718-1043 para solicitar o mesmo, ou enviar um e-mail para privacyofficer@trinity-health.org.

C. Parceiros comerciais: Compartilharemos as suas informações de saúde protegidas (PHI) com parceiros comerciais e seus subcontratados contratados para desempenhar funções comerciais em nosso nome, incluindo a Trinity Health, que desempenha determinadas funções comerciais para nossos membros.

D. Seus profissionais de saúde e coordenadores de cuidados: Você recebe atendimento em um ambiente de cuidados integrados, no qual os pacientes são atendidos por diferentes profissionais e em diferentes ambientes de atendimento, como parte da continuidade dos cuidados e da prestação coordenada de cuidados. Compartilhamos suas informações de saúde protegidas (PHI) com outros profissionais de saúde e coordenadores de cuidados que trabalham em conjunto para prestar tratamento, obter pagamentos e realizar operações de assistência médica. Suas informações de saúde protegidas (PHI) são compartilhadas eletronicamente de várias maneiras com os profissionais envolvidos na prestação e coordenação dos cuidados de saúde. Suas informações de saúde protegidas (PHI) podem ser compartilhadas por meio de uma conexão direta com o sistema de prontuários eletrônicos de outros profissionais de saúde. Suas informações de saúde protegidas (PHI) podem ser compartilhadas em uma plataforma de intercâmbio de informações de saúde ou por meio de tecnologia que permita que profissionais de saúde e coordenadores de cuidados de saúde obtenham suas informações. Suas informações de saúde protegidas (PHI) podem ser compartilhadas por meio de uma transmissão segura para as caixas de entrada de outros profissionais de saúde.

VIII. Alterações a esta Declaração

Cumpriremos os termos da Declaração atualmente em vigor. Reservamo-nos o direito de fazer alterações substanciais nos termos da nossa Declaração e de tornar as novas disposições da Declaração válidas para todas as Informações de Saúde Protegidas (PHI) que mantemos. Forneceremos a você uma versão revisada da Declaração na sua primeira visita após a revisão da Declaração — nos casos em que tivermos feito uma alteração substancial na Declaração. Você também pode solicitar uma cópia atualizada da Declaração a qualquer momento. As versões atualizadas estão disponíveis nos sites da Trinity Health destinados aos membros.

Reclamações: Se você acredita que o seus direitos de privacidade foram violados, pode apresentar uma reclamação ao nosso Diretor de Privacidade ou ao Secretário do Departamento de Saúde e Serviços Humanos. As reclamações também podem ser enviadas para nós pelo e-mail privacyofficer@trinity-health.org, pelo telefone 833-718-1043 ou para o nosso responsável pela privacidade do sistema, no endereço 20555 Victor Parkway, Livonia, MI 48152.

IX. Você não sofrerá represálias por apresentar qualquer reclamação.

Responsável pela Privacidade – Dúvidas / Preocupações / Informações adicionais: Caso tenha alguma dúvida, preocupação ou deseje obter mais informações sobre os assuntos abordados nesta Declaração de Privacidade, entre em contato com nosso responsável pela privacidade pelo telefone 833-718-1043 ou envie um e-mail para privacyofficer@trinity-health.org.