

## Seus direitos como paciente da CHA

*A Cambridge Health Alliance (CHA) está empenhada em proteger os seus direitos como paciente e apoia as leis e políticas de defesa de tais direitos.*

- Você tem o direito de receber assistência médica que atenda aos mais altos padrões de qualidade da CHA, independentemente de sua raça, religião, país de origem, tipo de deficiência, sexo, orientação sexual, identidade ou expressão de gênero, idade, status militar ou da origem dos recursos que custeiam as suas despesas médicas.
- Você tem o direito de receber as visitas que você quiser, escolhidas por você (ou por sua pessoa de apoio, se for o caso) as quais podem ser um cônjuge, um companheiro(a) doméstico(a) (o que inclui parceiros domésticos do mesmo sexo) ou outro parente ou amigo(a). Você também tem o direito de anular o seu consentimento para receber tais visitantes.
- Você tem o direito de receber visitas independentemente de sua raça, religião, país de origem, tipo de deficiência, sexo, orientação sexual, identidade ou expressão de gênero, idade, status militar ou da origem dos recursos que custeiam as suas despesas médicas. Em certas condições clínicas, ou em situações que ofereçam risco à segurança pessoal ou patrimonial, o centro médico se reserva o direito de restringir o acesso de visitantes, quando necessário.
- Você tem o direito de receber tratamento imediato que vise salvar a sua vida em casos de emergência, independentemente da sua situação econômica ou da fonte de pagamento das despesas médicas, e que o tratamento que não sofra atrasos por questões relacionadas à fonte de pagamento.
- Você tem o direito de ser tratado com respeito e de ser chamado pelo seu nome próprio.
- Você tem o direito à privacidade, dentro das limitações de espaço do centro médico.
- Você tem o direito de solicitar e receber todas as informações necessárias ao entendimento da sua situação médica.
- Você tem o direito de conhecer a identidade e a função das pessoas envolvidas em seus cuidados.
- Você tem direito a uma explicação completa sobre qualquer estudo do qual seja convidado a participar.
- Você tem o direito de deixar o centro médico, mesmo contra recomendações médicas, a menos que você seja portador de certas doenças infecciosas que possam afetar a saúde de outras pessoas ou que esteja incapacitado de zelar por sua própria segurança ou pela segurança dos outros, conforme definido por lei.
- Você tem o direito de acessar o seu prontuário médico.

- Você tem o direito de solicitar e receber informações sobre assistência financeira. Você pode pedir uma fatura contendo a discriminação de todos os serviços que você recebeu. Você também pode solicitar uma explicação sobre essa fatura. Para obter mais informações sobre assistência financeira, entre em contato com o escritório de Assistência Financeira pelo telefone 617-665-1100.
- Você tem o direito de ser informado sobre quaisquer relações financeiras ou comerciais que a CHA possua com outras instituições, no que tange aos seus cuidados ou tratamento.
- Você tem o direito de não sofrer exposição à fumaça gerada por outras pessoas. Não é permitido fumar nas instalações da CHA.
- Você, ou o seu representante legal, tem o direito de participar das decisões relacionadas à sua saúde.
- Você tem direito a que sua dor seja aferida e controlada de forma adequada.
- Você tem direito, na condição de paciente com limitada proficiência na língua inglesa, ao acesso gratuito à serviços de interpretação por meio de profissional qualificado, que o atenderá em pessoa ou por telefone, conforme o que seja mais apropriado. Se você é surdo(a) ou deficiente auditivo(a), a CHA providenciará um intérprete credenciado, que faça parte dos serviços de interpretação da CHA ou da Comissão de Massachusetts para Surdos e Deficientes Auditivos.
- Você tem o direito de ser informado sobre os canais pelos quais você poderá manifestar suas preocupações, compartilhar problemas ou reclamações sobre a qualidade do atendimento ou dos serviços recebidos e de apresentar queixa formal junto ao centro médico ou às agências reguladoras.
- Você tem o direito de satisfazer suas necessidades espirituais e culturais, dentro do limite do que a CHA oferece.
- Você tem o direito de obter uma cópia das regras e dos regulamentos da CHA que se apliquem à sua condição de paciente.
- Você tem o direito de acesso às informações sobre a CHA, como por exemplo os programas de gestão de cuidados e serviços prestados, bem como as qualificações profissionais dos integrantes da equipe de gestão de cuidados.
- Você tem o direito de ser informado sobre todos os serviços de gestão de cuidados disponíveis, mesmo que o seu plano de saúde não ofereça cobertura para determinados serviços; você tem também o direito de discutir as opções com os médicos envolvidos no seu tratamento.
- Você tem o direito de se recusar a participar ou de cancelar sua inscrição em programas e serviços oferecidos pela CHA.

## Suas responsabilidades como paciente da CHA

*O que a Cambridge Health Alliance pede dos nossos pacientes.*

- Seja proativo ao tratar de questões relacionadas à sua saúde, fornecendo informações corretas e completas sobre os seus problemas de saúde novos e antigos.
- Traga seus documentos de identificação e a documentação do seguro de saúde.
- Peça ajuda se você não entender o que lhe disserem sobre os seus cuidados.
- Entregue ao hospital uma cópia da sua Procuração para Cuidados de Saúde, caso tenha uma.
- Trate os outros com respeito.
- Cumpra as regras e os regulamentos da CHA que afetem os cuidados e a conduta do paciente; quais sejam:
  - Não Fumar
  - Não cometer atos de violência ou agressão contra qualquer paciente, visitante ou membro da equipe
  - Não portar armas de qualquer espécie nas dependências do hospital
  - Não fotografar ou filmar sem autorização prévia
  - Respeitar os direitos dos outros pacientes e dos funcionários do hospital e contribuir para manter baixos níveis de ruídos.
- Apresente as informações necessárias para a efetuação do pagamento pelos serviços médicos prestados.
- Trabalhe com os seus cuidadores para receber um tratamento eficaz e seguro para o seu problema.
- Faça o possível para seguir o seu plano de cuidados.
- Informe ao seu gestor de cuidados ou membro da equipe médica se você acha que não conseguirá seguir seu plano.
- A sua participação em um programa de gestão de cuidados requer que você colabore com o seu gestor e forneça as informações necessárias para implementar o plano de gestão.
- Se a sua hospitalização for para fazer cirurgia de mama, tratamento de câncer de mama ou realizar parto, você tem o direito de receber as informações pertinentes. Favor informar-se junto à sua equipe médica.

## Código de Conduta do Paciente

Como parte do nosso compromisso de oferecer um ambiente seguro e saudável para funcionários e pacientes, a Cambridge Health Alliance (CHA) espera que os pacientes e os visitantes se abstenham de quaisquer comportamentos que atrapalhem ou representem uma ameaça aos direitos e à segurança de outros pacientes, visitantes e funcionários. Palavras ou atitudes desrespeitosas, racistas, discriminatórias, hostis ou importunadoras não são bem-vindas na Cambridge Health Alliance (CHA).

São exemplos:

- Porte de armas de fogo ou outras armas na propriedade da CHA.
- Ameaças ou ataques físicos ou verbais.
- Quaisquer comentários sobre raça, sotaque, religião, gênero, orientação sexual
- ou características pessoais (verbais ou por escrito) sobre outras pessoas.
- Recusa em ser atendido por um profissional de saúde ou outro funcionário com
- base em raça, sotaque, religião, orientação sexual ou outras características pessoais.

- Linguajar ofensivo, incluindo palavras ou atitudes violentas/sexualizadas/vulgares.
- Atrapalhar o atendimento ou a experiência de outro paciente.
- Tirar fotografias ou vídeos de pacientes, visitantes e/ou funcionários sem autorização.

Se a Cambridge Health Alliance acreditar que você infringiu o Código de Conduta do Paciente com palavras ou atitudes indesejadas, você terá a oportunidade de explicar seu ponto de vista para um membro da sua equipe de atendimento. Nós sempre consideraremos com cuidado a sua resposta antes de tomarmos quaisquer decisões sobre o futuro dos seus cuidados na CHA. Infrações deste Código de Conduta do Paciente poderão resultar na necessidade de você providenciar outros planos para o seu atendimento, e poderá ser necessária uma análise dos seus futuros cuidados não emergenciais na Cambridge Health Alliance.

Se você, enquanto paciente da CHA, testemunhar ou vivenciar algum desses comportamentos, pedimos que comunique a um membro da sua equipe de atendimento. É proibida a retaliação pela denúncia de uma infração.

## Notificação sobre práticas de privacidade

A Cambridge Health Alliance (CHA) atende pacientes em muitos locais em toda a cidade de Cambridge, Somerville e Região Metropolitana-Norte de Boston. Isso inclui hospitais de cuidados intensivos, o CHA Cambridge Hospital e o CHA Everett Hospital e várias unidades de atendimento ambulatorial. A CHA também oferece serviços e programas como o Departamento de Saúde Pública de Cambridge. Obtenha mais informações sobre a CHA e as nossas unidades de atendimento pelo site [challiance.org](http://challiance.org).

Quando uma pessoa é atendida na CHA pela primeira vez, é gerado um prontuário médico, que pode ser em papel ou em formato eletrônico. O prontuário possui informações sobre histórico médico e/ou de saúde mental, exames, tipo de atendimento e a resposta do organismo ao tratamento. Ele também pode conter informações sensíveis, como tratamento por uso de drogas ou HIV. O prontuário médico da CHA também pode conter informações sobre cuidados recebidos de prestadores de fora do nosso sistema.

Todos os profissionais que trabalham na CHA ou que integram a equipe médica da CHA têm acesso ao seu prontuário médico, seja em papel ou eletrônico. A CHA usa o seu histórico de saúde para guiar o atendimento que você recebe na CHA. A CHA também compartilha suas informações médicas com prestadores externos que tratam você ou que participam da coordenação dos cuidados que você recebe. A CHA também pode compartilhar suas informações médicas para outros fins permitidos, como obter pagamento ou auxiliar na prestação de serviços médicos.

Alguns exemplos:

- A CHA compartilha suas informações médicas com médicos e outros prestadores que atendem pacientes da CHA no hospital conveniado Beth Israel Deaconess Medical Center (BIDMC), ou que atendem pacientes da CHA em outras instituições, como a Partners HealthCare.

- Pacientes atendidos tanto na CHA como em outras instituições, como no BIDMC ou na Partners HealthCare, terão seus prontuários médicos disponibilizados para os seus médicos e outros prestadores através de um portal eletrônico seguro. Essa capacidade de compartilhar informações médicas permite que os envolvidos no tratamento em ambas as instituições prestem um excelente atendimento a cada paciente. Pacientes atendidos tanto na CHA como em outros hospitais de Massachusetts poderão ter seus prontuários médicos disponibilizados para médicos e outros prestadores, quer diretamente através de um link entre as instituições participantes (como o Magic Button ou CareEverywhere), quer através de um link eletrônico seguro conhecido como Massachusetts Health Information Highway.
- A CHA compartilha suas informações médicas com planos de saúde, entre eles o Commonwealth Care Alliance e o Tufts Health Together with CHA, bem como parceiros da comunidade que possam desempenhar um papel na coordenação e no aprimoramento do atendimento que você recebe dentro e fora do hospital.
- No caso dos nossos pacientes que possuem determinados planos de saúde (como o Tufts Health Plan e o Harvard Pilgrim Health Plan), a CHA trabalha em estreita colaboração com a Beth Israel Deaconess Care Organization (BIDCO, consulte [www.bidpo.org](http://www.bidpo.org)) para aprimorar seu atendimento por meio de atividades de melhoria da qualidade, do gerenciamento de acesso/utilização, gestão de contratos e finanças e gestão de casos.

#### *Quem deve cumprir as regras desta Notificação*

- Todos os membros da nossa força de trabalho, incluindo médicos, enfermeiros, outros profissionais de saúde, outros funcionários e integrantes do quadro administrativo e voluntários
- Todos os integrantes da nossa equipe médica

#### **Seus direitos**

Você tem o direito de:

- Receber uma cópia impressa ou eletrônica do seu prontuário médico
- Efetuar correções no seu prontuário médico impresso ou eletrônico
- Solicitar confidencialidade na comunicação
- Solicitar restrições no compartilhamento de informações
- Obter uma lista das pessoas com as quais compartilhamos os seus dados
- Receber uma cópia desta Notificação de Privacidade
- Escolher alguém para agir em seu nome

- Fazer uma reclamação se considerar que seus direitos à privacidade foram desrespeitados

### Suas escolhas

Você tem algumas opções a respeito da maneira como nós usamos e compartilhamos informações quando:

- Informamos familiares e amigos sobre a sua condição
- Fornecemos assistência em situações de catástrofes
- Incluímos você em um diretório do hospital
- Fornecemos cuidados de saúde mental
- Divulgamos nossos serviços
- Arrecadamos fundos

### Nossos usos e divulgações

Podemos usar e compartilhar suas informações quando:

- Tratamos você
- Administramos nossa organização
- Cobramos pelos serviços prestados
- Melhoramos o atendimento para todos os nossos pacientes, por exemplo, por meio do ensino
- Ajudamos com questões de saúde pública e de segurança
- Realizamos pesquisas
- Cumprimos as leis
  - Respondemos a pedidos de doação de órgãos e tecidos
  - Trabalhamos com um médico legista ou um diretor funerário
  - Lidamos com a remuneração dos trabalhadores, cumprimento da lei e outras solicitações do governo
  - Respondemos a ações judiciais e processos legais

### Seus direitos

Quando se trata das suas informações de saúde, você tem certos direitos. Esta seção explica os seus direitos e algumas das nossas responsabilidades para ajudá-lo.

#### **Receber uma cópia impressa ou eletrônica do seu prontuário médico**

- Você pode pedir para ver ou receber uma cópia impressa ou eletrônica do seu prontuário médico e outras informações de saúde que tenhamos sobre você. Pergunte-nos como fazer isso.
- Forneceremos uma cópia ou um resumo das suas informações de saúde, geralmente no prazo de 30 dias a contar da sua solicitação. Talvez seja cobrada uma taxa em valor razoável, variável por custo de processamento.

#### **Solicitar correções ao seu prontuário médico**

- Você pode solicitar a correção de suas informações de saúde que estejam incorretas ou incompletas. Peça a alguém da nossa equipe para fazer isso.
- Há a possibilidade de o seu pedido ser negado; e o motivo de tal decisão lhe será enviado por escrito no prazo de 60 dias.

Solicitar comunicações confidenciais

- Você pode pedir que entremos em contato com você de um modo específico (por exemplo, pelo telefone residencial ou comercial) ou que lhe enviemos e-mails em um endereço diferente.
- Acataremos todas as solicitações consideradas razoáveis.

### **Solicitar restrições no compartilhamento de informações**

- Você pode solicitar que não utilizemos ou compartilhem determinadas informações de saúde para o tratamento, para fins de pagamentos ou no exercício das nossas operações. Não somos obrigados a acatar a sua solicitação e poderemos negá-la caso isso venha a afetar os seus cuidados.
- Se você pagar do próprio bolso e na íntegra por um serviço ou produto médico, você pode solicitar a não divulgação dessa informação para a operadora do seu plano de saúde, de forma a viabilizar a cobertura de nossos serviços pelo plano. Acataremos a sua solicitação a menos que uma lei nos obrigue a compartilhar essa informação.

### **Obter uma lista das instituições/pessoas com as quais suas informações foram compartilhadas**

- Você pode solicitar uma lista (relatório) de todas as ocasiões em que compartilhamos os seus dados de saúde, com quem foi feito o compartilhamento e o motivo, dentro de um período de até seis anos antes da data da solicitação
- Incluiremos todas as divulgações, exceto aquelas sobre tratamento, pagamento, operações de serviços de saúde e algumas outras divulgações (quaisquer que você tenha solicitado). Forneceremos um relatório gratuito por ano. Cópias adicionais dentro do prazo de 12 meses poderão ser emitidas mediante o pagamento de taxa razoável, baseada nos custos.

### **Receber uma cópia desta notificação de privacidade**

- Você pode solicitar uma cópia impressa deste documento a qualquer momento, mesmo que já tenha concordado em recebê-lo por via eletrônica. A cópia impressa lhe será fornecida imediatamente.

### **Escolher alguém para agir em seu nome**

- Se você tiver escolhido alguém como seu procurador de saúde, representante legal para questões médicas ou se alguém possuir guarda legal sobre você, essa pessoa poderá exercer os seus direitos e fazer escolhas sobre as suas informações de saúde.
- Tomaremos os devidos cuidados para nos certificarmos de que tal pessoa tenha essa autoridade e possa agir em seu nome antes de tomarmos qualquer medida.

### **Fazer uma reclamação se considerar que seus direitos foram desrespeitados**

- Você pode fazer uma reclamação se acreditar que desrespeitamos os seus direitos. Para isso, contate o nosso Escritório de Relacionamento com o Paciente pelo telefone (617) 665-1398.
- Você pode fazer uma reclamação junto ao Departamento de Saúde e Serviços Humanos para os Direitos Civis dos EUA, enviando uma carta para o endereço 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, ou ligando para 1-877-696-6775, ou visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- Não tomaremos quaisquer medidas retaliatórias por você ter apresentado uma queixa.

## **Suas escolhas**

### **Para certos tipos de informação de saúde, você pode escolher o que você aceita que seja compartilhado.**

Fale conosco caso você tenha uma preferência específica de como você gostaria que fossem compartilhadas as suas informações pessoais nos cenários abaixo. Diga-nos o que deseja e seguiremos as suas instruções.

### **Em tais casos, você tem o direito e a escolha de solicitar que:**

- Compartilhem informações com seus familiares, amigos próximos ou outros envolvidos nos seus cuidados
- Compartilhem informações no contexto de ações de resposta a catástrofes
- Adicionemos as suas informações a um diretório do hospital

*Se você estiver incapacitado de nos informar a sua preferência - se estiver inconsciente, por exemplo - talvez divulguemos a suas informações assim mesmo, se acreditarmos ser o melhor para você. O mesmo poderá ser feito caso seja necessário reduzir uma ameaça grave e iminente para a saúde ou a segurança pública.*

**Nos seguintes casos, jamais compartilhamos suas informações, a menos que você autorize por escrito:**

- Para fins de marketing
- Venda de seus dados pessoais
- Compartilhamento da maioria das informações contidas em relatórios de psicoterapia

**No caso de campanhas de arrecadação de fundos:**

- Há a possibilidade de entrarmos em contato com você durante campanhas de arrecadação de fundos. Caso não tenha interesse em participar, basta solicitar que não entremos em contato novamente.

## **Nossos usos e divulgações**

**De que maneira normalmente usamos ou compartilhamos suas informações de saúde?**

Nós normalmente usamos ou compartilhamos suas informações de saúde das seguintes maneiras:

### **No seu tratamento**

Poderemos usar suas informações de saúde e compartilhá-las com outros profissionais que o estejam tratando, incluindo profissionais em outras instituições onde você esteja recebendo tratamento.

*Exemplos:*

- *Um médico que está tratando de uma lesão sua pergunta a outro médico sobre o seu estado de saúde geral ou acessa o seu prontuário eletrônico para se familiarizar com o seu histórico de saúde.*
- *Se você passou por uma hospitalização, poderemos compartilhar informações com o seu clínico geral ou outra instituição, tal como um lar para idosos, de forma a planejar os seus cuidados para após você receber alta do hospital.*

### **Na administração da nossa instituição**

Suas informações de saúde poderão ser utilizadas e divulgadas com o intuito de administrarmos melhor nosso centro médico, aprimorarmos a qualidade do seu atendimento e contatá-lo quando necessário.

*Exemplos:*

- *Usamos suas informações de saúde para gerenciarmos o seu tratamento e os serviços prestados a você.*
- *Usamos informações de saúde para treinamento e capacitação de médicos ou outros profissionais e estudantes da área médica.*
- *Usamos informações de saúde para monitorarmos a qualidade dos cuidados e para fazermos melhorias, quando necessário.*
- *Usamos informações de saúde para cumprirmos os padrões estabelecidos por agências regulatórias, como a Comissão Conjunta, o Departamento de Saúde Pública de Massachusetts, o Medicare ou o Medicaid.*

### **Na cobrança pelos serviços prestados**

Poderemos usar e compartilhar suas informações de saúde para cobrarmos e recebermos pagamentos das operadoras de planos de saúde ou outras entidades.

*Exemplo: compartilhamos suas informações para o seu convênio de saúde para que eles paguem pelos serviços que lhe foram prestados.*

**De que outras maneiras usamos ou compartilhamos suas informações de saúde?**



Somos autorizados ou obrigados a compartilhar suas informações de outras maneiras – normalmente de maneiras que contribuam para o bem comum, como a saúde pública e pesquisas. Temos que satisfazer muitas condições da legislação antes de podermos compartilhar suas informações para esses fins.

**Para obter mais informações, acesse:**

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

**No auxílio a questões de saúde pública e de segurança**

Poderemos compartilhar suas informações de saúde em determinadas situações, como:

- Prevenção de doenças
- Auxílio a processos de recall de produtos
- Divulgação de reações adversas a medicamentos
- Denúncias a suspeitas de abuso, negligência ou violência doméstica
- Prevenção ou redução de ameaças graves à saúde ou à segurança de qualquer pessoa
- Atendimento a solicitações legais por parte de agentes da lei, como por exemplo, em ações de identificação ou localização de pessoa desaparecida, suspeito ou fugitivo.

**Na realização de pesquisas**

Poderemos usar ou compartilhar suas informações para pesquisas na área da saúde.

**No cumprimento das leis**

Compartilharemos informações sobre você se as leis estaduais ou federais assim o exigirem, entre elas o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, caso queiram verificar se estamos cumprindo a legislação federal de privacidade.

**Na resposta a pedidos de doação de órgãos e tecidos**

Poderemos compartilhar suas informações de saúde com organizações que atuam na busca e obtenção de órgãos.

**No trabalho junto a médicos legistas ou diretores funerários**

Poderemos compartilhar informações de saúde com um médico forense, médico legista ou diretor funerário quando uma pessoa falecer.

**No tratamento de questões relativas à remuneração dos trabalhadores, cumprimento da lei e outras solicitações do governo**

Poderemos usar ou compartilhar suas informações de saúde:

- Para pedidos de indenização de trabalhadores
- Para fins de cumprimento da lei ou junto a uma autoridade policial
- Com agências de supervisão de saúde para atividades autorizadas por lei
- Para funções especiais do governo, como militares, de segurança nacional e serviços de proteção presidencial

**Na resposta a ações judiciais e processos legais**

Poderemos compartilhar suas informações de saúde em resposta a uma ordem judicial ou administrativa, ou em resposta a uma intimação.

**Nossas responsabilidades**

- Somos obrigados por lei a mantermos a privacidade e a segurança das suas informações de saúde protegidas.
  - Você será informado imediatamente se ocorrer uma violação que possa ter comprometido a privacidade ou a segurança das suas informações.
  - Devemos seguir as obrigações e as práticas de privacidade descritas neste aviso e fornecer-lhe uma cópia.
  - Não usaremos nem compartilharemos as suas informações de outras maneiras que não as descritas aqui, a menos que você nos autorize por escrito a fazê-lo. Se nos autorizar a fazê-lo, poderá mudar de ideia a qualquer momento. Informe-nos por escrito caso mude de ideia.
- Para obter mais informações, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### **Alterações aos Termos deste Aviso**

Poderemos alterar os termos deste aviso, e as alterações serão válidas para todas as informações que temos sobre você. O novo aviso será disponibilizado em nosso escritório e em nosso site mediante solicitação.

### **Contatos**

- Diretor(a) de Privacidade da CHA. Ligue para 617-591-4820 ou escreva para CHA Privacy Office, 1493 Cambridge Street, Cambridge, MA, 02139.
- Relacionamento com o Paciente da CHA. Ligue para 617-665-1398 ou envie um e-mail para [patientrelations@challiance.org](mailto:patientrelations@challiance.org)
- Para recursos à Risk-Bearing Provider Organization. Entre em contato com o Escritório de Proteção do Paciente de MA. Ligue para 800-436-7757. Visite [www.mass.gov/hpc/opp](http://www.mass.gov/hpc/opp). Envie um e-mail para [HPC-OPP@mass.gov](mailto:HPC-OPP@mass.gov)