

Community Health Center, Inc.

Mobilny Program Stomatologiczny dostępny w Waszej szkole!

Zakres usług świadczonych w szkole

Usługi w zakresie higieny jamy ustnej:

- Badania przesiewowe
- Badania
- Czyszczenie uzębienia
- Zdjęcia rentgenowskie
- Lakowanie zębów
- Edukacja w zakresie higieny jamy ustnej
- Zabiegi odtwarzające

Opłaty/honoraria związane z Mobilnym Programem Stomatologicznym Community Health Center, Inc.:

- W przypadku pacjentów zarejestrowanych w programie HUSKY/Medicaid usługi są refundowane w 100%. Nie są wymagane żadne dodatkowe opłaty ani honoraria.
- W przypadku pacjentów z prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym opłaty za usługi ponosi firma ubezpieczająca. Pacjent/rodzina ponoszą odpowiedzialność za wszelkie odliczenia i/lub dopłaty.
- Pacjentów, którzy nie posiadają ubezpieczenia zdrowotnego, obowiązują następujące opłaty:
 - 30 \$ za wizytę w ramach opieki stomatologicznej (czyszczenie uzębienia, zdjęcie rentgenowskie, fluoryzację zębów)
 - 18 \$ za wizytę z badaniem przez lekarza stomatologa
 - 25 \$ za wizytę z lakowaniem zębów



Prosimy zachować niniejszą ulotkę w swojej dokumentacji.

Pytania lub wątpliwości?

Zadzwoń pod numer 860-347-6971, wewn.: 3796.

Możesz także zarejestrować się online: <http://www.sbh1.com>



Formularz zgłoszenia do korzystania z mobilnych usług stomatologicznych

860-347-6971 ext. 3796

Community
Health Center, Inc.

Wyrażam zgodę w imieniu mojego dziecka/własnym na korzystanie z MOBILNYCH USŁUG STOMATOLOGICZNYCH NA MIEJSCU.

☐ TAK ☐ NIE

W przypadku pacjentów zarejestrowanych w programie HUSKY/Medicaid usługi są refundowane w 100%. Nie są wymagane żadne dodatkowe opłaty ani honoraria.

W przypadku pacjentów z prywatnym ubezpieczeniem stomatologicznym opłaty za usługi ponosi firma ubezpieczająca. Pacjent/rodzina ponoszą odpowiedzialność za wszelkie odliczenia i/lub dopłaty.

Pacjentów, którzy nie posiadają ubezpieczenia stomatologicznego, obowiązują następujące opłaty:

- 30 \$ za wizytę w ramach opieki stomatologicznej (czyszczenie uzębienia, zdjęcie rentgenowskie, fluoryzację zębów); 18 \$ za wizytę z badaniem przez lekarza stomatologa; 25 \$ za wizytę z lakowaniem zębów

ZAGROŻENIA: Pomimo że powikłania występują rzadko, wiadomo, że z zabiegami stomatologicznymi wiązą się pewne zagrożenia i powikłania. Najczęściej zdarzają się przygryzienia i zranienia języka lub wargi po podaniu znieczulenia miejscowego oraz bolesność wokół miejsc poddanych zabiegowi. Dodatkowe zagrożenia to zakażenia i obrzęki.

Poświadczam, że podane informacje o stanie zdrowia są prawidłowe zgodnie z moją najlepszą wiedzą oraz rozumiem, że nieprawidłowe informacje mogą być niebezpieczne dla zdrowia ucznia/pacjenta. Zobowiązuję się do powiadamiania CHC o wszelkich zmianach dotyczących danych medycznych.

☐ TAK ☐ NIE

Potwierdzam otrzymanie egzemplarza Regulaminu praw i obowiązków CHC.

☐ TAK ☐ NIE

UPOWAŻNIENIE DO UJAWNIECIA INFORMACJI I DOKONANIA PŁATNOŚCI:

☐ TAK ☐ NIE

Niniejszym zezwalam na ujawnienie wszelkich danych medycznych, stomatologicznych i behawioralnych niezbędnych do rozpatrzenia mojego wniosku o refundację. Zezwalam również na przekazywanie należnych mi refundacji zdrowotnych do Community Health Center, Inc. tytułem należności za świadczone usługi.

UZNANIE PRAKTYK DOTYCZĄCYCH OCHRONY PRYWATNOŚCI:

☐ TAK ☐ NIE

Zgadzam się na wykorzystywanie i ujawnianie chronionych informacji o moim zdrowiu przez CHC czy inną osobę bądź organizację dla celów przeprowadzenia leczenia, uzyskania zapłaty czy też przeprowadzenia pewnych operacji administracyjnych w ośrodku zdrowia. Chronione informacje o zdrowiu, które mogą być wykorzystane przez CHC, mogą obejmować informacje dotyczące zakażenia wirusem HIV/AIDS, zdrowia psychicznego, leczenia uzależnienia od narkotyków/alkoholu—o ile informacje te będą wykorzystywane lub ujawniane zgodnie z prawem stanu Connecticut i prawem federalnym, co może wymagać udzielenia oddzielnego upoważnienia. Rozumiem, że informacje o tym, w jaki sposób CHC wykorzystuje i ujawnia informacje o mnie, można znaleźć w Oświadczeniu o regulaminie ochrony prywatności CHC (Notice of Privacy Practices). Przyjmuję do wiadomości, że niniejsza zgoda obowiązuje dopóty, dopóki CHC będzie przechowywać moje chronione dane medyczne.

ZEZWOLENIE NA WYMIANĘ INFORMACJI DOTYCZĄCYCH ZDROWIA I EDUKACJI:

☐ TAK ☐ NIE

Niniejszym wyrażam zgodę na wzajemną wymianę przez Community Health Center, Inc. (CHC) danych dotyczących zdrowia i edukacji mojego dziecka z lokalnymi władzami oświatowymi w celu zapewnienia mu w razie potrzeby opieki i leczenia.

DANE PACJENTA

* Informacje wymagane.

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____
Imię _____ Drugie imię _____ Nazwisko _____
Adres/ulica, numer domu: _____ Miasto: _____ Kod pocztowy: _____
Płeć: ☐ męska ☐ żeńska Numer ubezpieczenia społecznego: _____ Pochodzenie etniczne (zaznacz): ☐ Latynoskie ☐ Nielatynoskie
Rasa (zaznacz): ☐ Nieznana ☐ Indianin amerykański ☐ Mieszkaniec wysp Pacyfiku ☐ Rdzenny mieszkaniec Alaski ☐ Czarna ☐ Azjatycka ☐ Biała ☐ Inna _____
Główny język, którym posługuje się pacjent: _____ Czy pacjent kwalifikuje się do otrzymywania obiadów bezpłatnych/w obniżonej cenie?: ☐ Tak ☐ Nie
Szkoła, do której uczęszcza pacjent: _____ Klasa: _____
Imię i nazwisko lekarza opieki podstaw: _____ Numer telefonu: _____
Imię i nazwisko stomatologa: _____ Numer telefonu: _____

DANE UBEZPIECZENIOWE

* Ubezpieczenie medyczne: _____ * Nr identyfikacyjny Medicaid: _____ * Numer identyfikacyjny prywatnego ubezpieczenia/polis: _____
* Numer grupowy: _____ * Numer telefonu towarzystwa ubezpieczeniowego: _____ (informacje na odwrocie karty)
* Adres towarzystwa ubezpieczeniowego: _____
* Imię i nazwisko posiadacza polisy: _____ * Data urodzenia posiadacza polisy: _____
* Ubezpieczenie stomatologiczne: _____ * Nr identyfikacyjny Medicaid: _____ * Numer identyfikacyjny prywatnego ubezpieczenia/polis: _____
* Numer grupowy: _____ * Numer telefonu towarzystwa ubezpieczeniowego: _____ (informacje na odwrocie karty)
* Adres towarzystwa ubezpieczeniowego: _____
* Imię i nazwisko posiadacza polisy: _____ * Data urodzenia posiadacza polisy: _____

DANE RODZICA/OPIEKUNA

Imię i nazwisko: _____ Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____
* Adres/ulica, numer domu: (jeśli inny niż powyżej): _____ Miasto: _____ Kod pocztowy: _____
Wyrażam zgodę na przysyłanie mi wiadomości na: ☐ Telefon domowy ☐ Telefon komórkowy ☐ Telefon do pracy
Telefon domowy: _____ Telefon komórkowy: _____ Telefon do pracy: _____
Telefon komórkowy ucznia: _____ Adres e-mail ucznia: _____ Adres e-mail rodzica/opiekuna: _____

OSOBA DO KONTAKTU W SYTUACJACH NAGŁYCH (jeśli inna niż rodzic/opiekun)

Imię i nazwisko: _____ Pokrewieństwo w stosunku do pacjenta: _____ Numer telefonu: _____

* Podpis rodzica/opiekuna prawnego lub ucznia, jeśli ukończył 18 lat: _____

* Imię i nazwisko drukowanymi literami: _____

Data: _____

Składając podpis powyżej, rozumiem i potwierdzam, że przeczytałem(-am) i rozumiem niniejszą zgodę oraz że otrzymałem(-am) aktualnie obowiązujące Oświadczenie o regulaminie ochrony prywatności CHC. Rozumiem także, że niniejsze upoważnienie jest ważne do odwołania. Rozumiem, że w każdej chwili mogę odwołać niniejsze upoważnienie, składając pisemne powiadomienie o cofnięciu zgody. Uznaję, że jeśli władze oświatowe otrzymają informacje z karty pacjenta, informacje takie mogą nie być chronione ustawą o zakresie i odpowiedzialności ubezpieczeń zdrowotnych oraz utrzymaniu tajemnicy lekarskiej (HIPAA Privacy Rule), ale staną się informacjami dotyczącymi edukacji chronionymi w ramach ustawy o rodzinnych prawach edukacyjnych i ochrony prywatności (Family Educational Rights and Privacy Act).

Wywiad lekarski ucznia/pacjenta (Wywiad stomatologiczny będzie musiał być aktualizowany co cztery lata.)

Imię i nazwisko pacjenta: _____ Data urodzenia: _____

WYWIAD LEKARSKI

Czy pacjent cierpi na jakiegokolwiek choroby?	☐ TAK ☐ NIE	Wyjaśnić:
Czy pacjent stosuje jakiegokolwiek leki? (w tym inhalatory)	☐ TAK ☐ NIE	Wymienić wszystkie leki:
Czy pacjent przeszedł jakiegokolwiek poważne urazy?	☐ TAK ☐ NIE	Wyjaśnić:
Czy pacjent cierpi na wady wrodzone lub wady serca lub w przeszłości miał problemy z sercem lub przechodził operacje?	☐ TAK ☐ NIE	Wyjaśnić:
Czy pacjent był kiedykolwiek hospitalizowany (z koniecznością pozostania w szpitalu na noc)?	☐ TAK ☐ NIE	Wyjaśnić:
Czy pacjent przeżył jakiegokolwiek zabiegi operacyjne w przeszłości?	☐ TAK ☐ NIE	Wyjaśnić:
Czy pacjent miał zakładane przetoki lub stały cewnik?	☐ TAK ☐ NIE	Wyjaśnić:
Czy pacjent jest/był nastoletnim rodzicem?	☐ TAK ☐ NIE	
Czy pacjentka jest lub może być aktualnie w ciąży?	☐ TAK ☐ NIE	Data porodu:
Czy pacjentka aktualnie karmi piersią?	☐ TAK ☐ NIE	
Czy przed zabiegami dentystycznymi konieczne jest leczenie wstępne antybiotykami?	☐ TAK ☐ NIE	Wyjaśnić:
Czy pacjent pali albo żuje tytoń?	☐ TAK ☐ NIE	

Czy pacjent cierpi lub cierpiał na jakąkolwiek z tych chorób?

Anemia/zaburzenia krwi	☐ TAK ☐ NIE	Wrzody/problemy trawienne	☐ TAK ☐ NIE
Astma	☐ TAK ☐ NIE	Zaburzenia odżywiania	☐ TAK ☐ NIE
Autyzm	☐ TAK ☐ NIE	Zaburzenia uczenia się/rozwoju	☐ TAK ☐ NIE
Bóle głowy/migreny	☐ TAK ☐ NIE	Zaburzenia wydzielania wewnętrznego / hormonalne / choroby autoimmunologiczne	☐ TAK ☐ NIE
Choroba tarczycy	☐ TAK ☐ NIE	Zapalenie płuc	☐ TAK ☐ NIE
Cukrzyca	☐ TAK ☐ NIE	Żółtaczka lub problemy z wątrobą	☐ TAK ☐ NIE
Drgawki	☐ TAK ☐ NIE	Jakiegokolwiek problemy psychiczne?	☐ TAK ☐ NIE
Gorączka reumatyczna, choroba serca lub szmery	☐ TAK ☐ NIE	Wady wrodzone (rozszerzenie kręgosłupa, wady mózgu, serca, płuc, itp.)?	☐ TAK ☐ NIE
Gruźlica	☐ TAK ☐ NIE	Problemy z uzębieniem?	☐ TAK ☐ NIE
Infekcje pęcherza moczowego lub nerek	☐ TAK ☐ NIE	Bóle zębów?	☐ TAK ☐ NIE
Mononukleozą	☐ TAK ☐ NIE	Krwawienie podczas szczotkowania lub nitkowania zębów?	☐ TAK ☐ NIE
Nadwaga/otyłość	☐ TAK ☐ NIE	Czyszczenie zębów przez dentystę w ciągu ostatnich 6 miesięcy?	☐ TAK ☐ NIE
Ospa	☐ TAK ☐ NIE		
Rak/białaczka	☐ TAK ☐ NIE		

ALERGIE

Pokarmy (w tym nietolerancja laktozy)	☐ TAK ☐ NIE	Uwagi:
Leki (w tym leki sprzedawane bez recepty lub antybiotyki; penicylina lub amoksycylina)	☐ TAK ☐ NIE	Uwagi:
Miejscowe środki znieczulające (lidokaina itp.) lub lateks	☐ TAK ☐ NIE	Uwagi:
Czy pacjent ma wstrzykiwacz Epi-Pen w szkole?	☐ TAK ☐ NIE	Uwagi:
Inne:		Uwagi:

- 13. Więźniowie/ osoby objęte nadzorem kuratorskim.** Jeśli jest Pan(-i) więźniem zakładu penitencjarnego lub osobą przebywającą w zakładzie poprawczy, bądź jest Pan(i) objęty(-a) nadzorem kuratorskim, możemy ujawniać Pana(-i) informacje zdrowotne przedstawicielom zakładu lub kuratorowi w określonych celach, włączając Pana(-i) zdrowie i bezpieczeństwo oraz innych osób.
- 14. Odszkodowania pracownicze.** Możemy wykorzystywać i ujawniać Pana(-i) informacje zdrowotne w celu przestrzegania prawa w zakresie odszkodowań pracowniczych lub podobnych programów.
- 15. Pomoc poszkodowanym.** Możemy wykorzystywać i ujawniać Pana(-i) informacje zdrowotne jednostkom ratunkowym działającym na miejscu wypadku.
- 16. Alternatywne formy leczenia i inne korzyści i usługi dotyczące zdrowia.** Możemy wykorzystać i ujawniać Pana(-i) informacje zdrowotne, aby poinformować o alternatywnych formach leczenia lub korzyściach i usługach dotyczących zdrowia, które mogą być dla Pana(-i) interesujące.
- 17. Partnerzy biznesowi.** Możemy ujawniać Pana(-i) informacje zdrowotne naszym partnerom biznesowym w oparciu o Umowę z partnerami biznesowymi.
- 18. Badania.** CHC może wykorzystywać Pana(-i) informacje zdrowotne dla celów badawczych, gdy niezależna komisja bioetyczna lub komisja zajmująca się polityką prywatności zaopiniowała protokoły dotyczące zaproponowanych badań i zaaprobowwała badanie, aby zagwarantować ochronę prywatności.

C. Wymagane jest Pana(-i) pisemne Upoważnienie dotyczące wszystkich innych przypadków wykorzystywania i ujawniania Pana(-i) informacji zdrowotnych

- 1. Musimy uzyskać Pana(-i) pisemne upoważnienie („Upoważnienie”) przed wykorzystaniem i ujawnieniem informacji w przypadkach innych niż te opisane powyżej.** Większość przypadków wykorzystania i ujawnienia notatek dotyczących zdrowia psychicznego, wykorzystania i ujawnienia Pana(-i) informacji zdrowotnych dla celów marketingowych lub ujawnienia, które stanowią sprzedaż chronionych informacji zdrowotnych wymagają Pana(-i) pisemnego upoważnienia.
- 2. Pisemne Upoważnienie ma na celu poinformować Pana(-i) o szczególnym przypadku wykorzystania i ujawnienia Pana(-i) informacji zdrowotnych (innych niż te opisane powyżej), które mamy zamiar wykorzystać.** Upoważnienie opisuje szczególne informacje zdrowotne, które zostaną wykorzystane i ujawnione oraz cel wykorzystania i ujawnienia. W szczególnych przypadkach pisemne Upoważnienie określi również imię i nazwisko osoby, której ujawniono informacje. Upoważnienie będzie również zawierało datę wygaśnięcia.
- 3. Może Pan(i) wycofać wcześniej udzielone pisemne Upoważnienie w dowolnej chwili, ale należy dokonać tego na piśmie.** Jeśli odwoła Pan(i) swoje Upoważnienie, nie będziemy dłużej wykorzystywać ani ujawniać Pana(-i) informacji zdrowotnych dla celów określonych w Upoważnieniu, z wyjątkiem sytuacji gdy już podjęliśmy działania w związku z Pana(-i) Upoważnieniem.

D. Pana(-i) prawo w odniesieniu do Pana(-i) informacji zdrowotnych

- 1. Prawo do wnioskowania o ograniczenia.** Ma Pan(i) prawo do wnioskowania o wprowadzenie ograniczenia dotyczącego wykorzystania i ujawnienia Pana(-i) informacji zdrowotnych w przypadku leczenia, zapłaty i czynności administracyjnych związanych z opieką zdrowotną. Możemy nie wyrazić zgody na ograniczenia, z wyjątkiem ograniczonych okoliczności. Na przykład, musimy wyrazić zgodę na Pana(-i) wniosek dotyczący ograniczenia przypadków ujawnienia informacji na temat Pana(-i) zdrowia i planów dotyczących zdrowia dla celów zapłaty lub czynności administracyjnych, które nie są przewidziane prawem, jeśli informacje dotyczą jedynie opieki zdrowotnej lub usług, zapłaconych w całości przez Pana(-i). Jeśli wyrażymy zgodę na ograniczenie, będziemy je honorować, z wyjątkiem wystąpienia nagłych przypadków.
- 2. Prawo do wnioskowania o poufny sposób kontaktowania się.** Ma Pan(i) prawo do wnioskowania o poufny sposób kontaktowania się z Panem(-i) w sprawach dotyczących zdrowia, w określony sposób lub w określonym miejscu. Na przykład, może Pan(i) wnioskować o kontakt tylko pod określony numer telefonu. Dostosujemy się do wszelkich rozsądnych wniosków.
- 3. Prawo dostępu do osobowych informacji zdrowotnych.** Ma Pan(-i) prawo do kontroli, a na pisemną prośbę, do uzyskania kopii swoich informacji zdrowotnych.
- 4. Prawo do wnioskowania o wniesienie poprawek.** Ma Pan(-i) prawo do wnioskowania o wniesienie poprawek dotyczących Pana(-i) informacji zdrowotnych. Należy złożyć pisemny wniosek i podać powody dotyczące wnioskowanych poprawek. W pewnych okolicznościach możemy odrzucić Pana(-i) wniosek o wniesienie poprawek. W przypadku odrzucenia przez nas wniosku, otrzyma Pan(-i) od nas pisemne zawiadomienie o odrzuceniu z uzasadnieniem powodów odrzucenia. Ma Pan(-i) prawo złożyć pisemne oświadczenie o braku zgody na odrzucenie, które zostanie dołączone do Pana(-i) dokumentacji medycznej.
- 5. Prawo do wnioskowania o uzyskanie raportu ujawnień.** Ma Pan(-i) prawo do wnioskowania o „raport” określonych ujawnień dotyczących Pana(-i) informacji zdrowotnych. Należy złożyć pisemny wniosek i podać przedział czasu, który mamy uwzględnić w raporcie ujawnień. Raport będzie zawierał datę ujawnienia, imię i nazwisko osoby lub podmiotu otrzymującego informacje, adres, jeśli jest znany, krótki opis ujawnionych informacji oraz krótkie oświadczenie dotyczące celu ujawnienia. Pierwszy raport udostępniony w ciągu 12 miesięcy będzie bezpłatny, każdy kolejny wniosek wiąże się z opłatą, którą naliczymy za uzupełnienie raportu.
- 6. Zawiadomienie w przypadku naruszenia Pana(-i) informacji zdrowotnych.** Ma Pan(-i) prawo do otrzymania pisemnego powiadomienia dotyczącego każdego „naruszenia” Pana(-i) niezabezpieczonych osobowych informacji zdrowotnych, zgodnie z definicją zawartą w artykule 45 CFR §164.402.

E. Specjalne przepisy dotyczące ujawniania informacji na temat zdrowia psychicznego i informacji związanych z HIV Szczególne regulacje obowiązują w odniesieniu do przypadków ujawnienia pewnych informacji zdrowotnych takich jak informacje związane z HIV lub dokumentacja dotycząca opieki związanej ze zdrowiem psychicznym, które zostały wysłane do nas przez innego świadczeniodawcę. Na ogół ujawnimy takie informacje tylko na mocy Upoważnienia lub w innych przypadkach przewidzianych prawem.

F. W przypadku informacji dotyczącej tego powiadomienia lub zgłoszenia wątpliwości dotyczących ochrony prywatności

- 1. Jeśli Pan(i) uważa, że Pana(-i) prawo do prywatności zostało naruszone,** można złożyć pisemną skargę w naszej siedzibie lub do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich w Departamencie Zdrowia i Pomocy Społecznej Stanów Zjednoczonych (Office of Civil Rights in the U.S. Department of Health and Human Services) pod adresem 200 Independence Avenue, S.W., Room 509 F, HHH Building, Washington D.C. 20201.
- 2. Aby złożyć skargę należy skontaktować się z:** Privacy Officer (Pracownik zajmujący się ochroną prywatności), Community Health Center, Inc., 575 Main Street, 2nd Floor, Middletown, Connecticut 06457, Tel. 860-347-6971 (3651) lub (3535)
- 3. W żaden sposób nie podejmijmy działań odwetowych wobec Pana(-i) za złożenie skargi na CHC.**

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW HEALTH INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

The Community Health Center, Inc. (CHC) respects the privacy and confidentiality of your health information. This Notice of Privacy Practices (“Notice”) describes how we may use and disclose your health information and how you can get access to this information. This Notice applies to uses and disclosures we may make of all your health information whether created or received by us.

I. Our Responsibilities to You

We are required by law to:

1. Maintain the privacy of your health information and to provide you with notice of our legal duties and privacy practices.
2. Comply with the terms of our current Notice

We reserve the right to change our practices and to make the new provisions effective for all health information we maintain. Should we make material changes, revised notices will be made by posting in the various CHC offices and will be available on the CHC’s website. Copies of the revised notices may be obtained from the Privacy Officer of the Community Health Center, Inc., 575 Main Street, 2nd Floor, Middletown, Connecticut, 06457.

II. How CHC May Use or Disclose Your Health Information

A. For Treatment, Payment and Healthcare Operations

- 1. For Treatment.** CHC may use and disclose your health information to provide you with treatment and services and to coordinate your continuing care. Your health information may be used by doctors, counselors, dentists, and nurses, as well as by lab technicians, dietitians, specialists or others involved in your care, both within and outside CHC. For example, a pharmacist will need certain information to fill a prescription ordered by your doctor.
- 2. For Payment.** CHC may use and disclose your health information to others for purposes of receiving payment for treatment and services that you receive. For example, a bill may be sent to you or a third-party payor, such as an insurance company or health plan. The information on the bill may contain information that identifies you, your diagnosis, and treatment or supplies used in the course of treatment.
- 3. For Health Care Operations.** CHC may use and disclose health information about you for operational purposes. For example, your health information may be disclosed to members of the medical staff, risk or quality improvement personnel, and others to: Evaluate the performance of our staff; Assess the quality of care and outcomes in your case and similar cases; Learn how to improve our facilities and services; and Determine how to continually improve the quality and effectiveness of the health care we provide.

B. Other Uses and Disclosures We May Make Without Your Written Authorization

- 1. Appointments.** CHC may use your information to call, mail letters or postcards, or send to your patient portal to provide appointment reminders or information about treatment alternatives or other health-related benefits and services that may be of interest to the individual. You may request, in writing, that CHC not use one or more of those methods for providing appointment reminders.
- 2. Required by Law.** CHC may use and disclose information about you as required by law.
- 3. Persons Involved in Your Care or Payment for Your Care.** We may disclose health information about you to a family member, close personal friend or other persons you identify in your Permission to Share Health Information form. These disclosures are limited to information relevant to the person’s involvement in your care or in arranging payment for your care and only to those individuals you have specifically indicated we may communicate with.
- 4. Public Health Activities.** We may disclose your health information for public health activities. These activities generally include: 1.) to prevent and control disease, injury or disability; 2.) to report child or elder abuse and neglect; 3.) to report problems with medications; and 4.) to report immunizations to the CIRT registry.
- 5. Reporting Victims of Abuse, Neglect or Domestic Violence.** If we believe that you have been a victim of child or elder abuse or neglect, we may disclose your health information to notify a government authority.
- 6. Health Oversight Activities.** We may disclose your health information to a health oversight agency for activities authorized by law. A health oversight agency is a state or federal agency that oversees the health care system. Some of the activities may include, for example, audits, investigations, inspections and licensure actions.
- 7. Judicial and Administrative Proceedings.** We may disclose your health information in response to a court or administrative order. We also may disclose information in response to a subpoena, discovery request, or other lawful process.
- 8. Law Enforcement.** We may disclose your health information for certain law enforcement purposes, including, for example, to file reports required by law or to report emergencies or suspicious deaths; to comply with a court order, warrant, or other legal process; to identify or locate a suspect or missing person; or to answer certain requests for information concerning crimes.
- 9. Coroners, Medical Examiners, Funeral Directors, Organ Procurement Organizations.** We may release your health information to a coroner, medical examiner, funeral director and, if you are an organ donor, to an organization involved in the donation of organs and tissue.
- 10. To Avert a Serious Threat to Health or Safety.** When necessary to prevent a serious threat to your health or safety, or the health or safety of the public or another person, we may use or disclose your health information to someone able to help lessen or prevent the threatened harm.

- 11. Military and Veterans.** If you are a member of the armed forces, we may use and disclose your health information as required by military command authorities.
- 12. National Security and Intelligence Activities; Protective Services for the President and Others.** We may disclose health information to authorized federal officials conducting national security and intelligence activities or as needed to provide protection to the President of the United States, certain other persons or foreign heads of states or to conduct certain special investigations.
- 13. Inmates/Law Enforcement Custody.** If you are an inmate of a correctional institution or under the custody of a law enforcement official, we may disclose your health information to the institution or official for certain purposes including your own health and safety as well as that of others.
- 14. Workers’ Compensation.** We may use or disclose your health information to comply with laws relating to workers’ compensation or similar programs.
- 15. Disaster Relief.** We may disclose health information about you to an organization assisting in a disaster relief effort.
- 16. Treatment Alternatives and Health-Related Benefits and Services.** We may use or disclose your health information to inform you about treatment alternatives and health-related benefits and services that may be of interest to you.



17. Business Associates. We may disclose your health information to our business associates under a Business Associate Agreement.

18. Research. CHC may use your health information for research purposes when an institutional review board or privacy board has reviewed the research proposal established protocols and has approved the research to ensure the privacy of your health information.

C. Your Written Authorization is Required for All Other Uses or Disclosures of Your Health Information

- 1.** We will obtain your written authorization (an “Authorization”) prior to making any use or disclosure other than those described above. Most uses and disclosures of behavioral health notes, uses and disclosures of your protected health information that are made for marketing purposes or disclosures that constitute a sale of protected health information require your written authorization.
- 2.** A written Authorization is designed to inform you of a specific use or disclosure (other than those described above) that we plan to make of your health information. The Authorization describes the particular health information to be used or disclosed and the purpose of the use or disclosure. Where applicable, the written Authorization will also specify the name of the person to whom we are disclosing the information. The Authorization will also contain an expiration date.
- 3.** You may revoke a written Authorization previously given by you at any time but you must do so in writing. If you revoke your Authorization, we will no longer use or disclose your health information for those purposes specified in the Authorization except where we have already taken action in reliance on your Authorization.

D. Your Rights Regarding Your Health Information

- 1.** Right to Request Restrictions. You have the right to request that we restrict the way we use or disclose your health information for treatment, payment or health care operations. However, we are not required to agree to the restriction except under limited circumstances. For example, we must agree to your request to restrict disclosures about you to your health plan for purposes of payment or healthcare operations that are not required by law if the information pertains solely to a health care item or service for which you have paid us in full out of pocket. If we do agree to a restriction, we will honor that restriction except in the event of an emergency.
- 2.** Right to Request Confidential Communications. You have the right to request that we communicate with you concerning your health matters in a certain manner or at a certain location. For example, you can request that we contact you only at a certain phone number. We will accommodate your reasonable request.
- 3.** Right of Access to Personal Health Information. You have the right to inspect and, upon written request, obtain a copy of your health information.
- 4.** Right to Request Amendment. You have the right to request that we amend your health information. Your request must be made in writing and must state the reason(s) for the requested amendment. We may deny your request for amendment under certain circumstances. If we deny your request for amendment, we will give you a written denial notice, including the reasons for the denial. You have the right to submit a written statement disagreeing with the denial which will be included in your health record.
- 5.** Right to an Accounting of Disclosures. You have the right to request an “accounting” of certain disclosures of your health information. You must submit your request in writing and you must state the time period for which you would like the accounting of disclosure. The accounting will include the disclosure date; the name of the person or entity that received the information and address, if known; a brief description of the information disclosed; and a brief statement of the purpose of the disclosure. The first accounting provided within a 12-month period will be free; for further requests, we may charge you our costs for completing the accounting.
- 6.** Notification of Breaches of Your Health Information. You have the right to receive written notification of any “breach” of your unsecured protected health information, as that term is defined in 45 CFR §164.402.

E. Special Regulations Regarding Disclosure of Behavioral Health and HIV-Related Information.

For disclosures concerning certain health information such as HIV-related information or records regarding behavioral health care that have been sent to us by another provider, special restrictions apply. Generally, we will disclose such information only with an Authorization, or as otherwise required by law.

F. For Information About This Notice or to Report A Concern Regarding Our Privacy Practices

- 1.** If you believe that your privacy rights have been violated, you may file a complaint in writing with us or with the Office of Civil Rights in the U.S. Department of Health and Human Services at 200 Independence Avenue, S.W., Room 509 F, HHH Building, Washington D.C. 20201.
- 2.** To file a complaint with us, you should contact: Privacy Officer, Community Health Center, Inc., 575 Main Street, 2nd Floor, Middletown, Connecticut 06457, Tel: 860-347-6971 (3651) or (3535)
- 3.** We will not retaliate against you in any way for filing a complaint against CHC.



POWIADOMIENIE DOTYCZĄCE OCHRONY PRYWATNOŚCI
NINIEJSZE POWIADOMIENIE OPISUJE SPOSÓB W JAKI MOŻNA WYKORZYSTYWAĆ I UJAWNIAĆ PANA (-I) INFORMACJE ZDROWOTNE ORAZ SPOSÓB UZYSKANIA PRZEZ PANA(-IĄ) DOSTĘPU DO TAKICH INFORMACJI. PROSIMY O DOKŁADNE ZAPOZNANIE SIĘ Z TREŚCIĄ POWIADOMIENIA.

Firma Community Health Center, Inc. (CHC) szanuje Pana(-i) prawo do prywatności i poufności Pana (-i) informacji zdrowotnych. Informacja na temat ochrony prywatności („Powiadomienie”) opisuje sposób w jaki można wykorzystywać i ujawniać Pana(-i) informacje zdrowotne oraz sposób uzyskania przez Pana(-i) dostępu do takich informacji. Niniejsze Powiadomienie ma zastosowanie w przypadku wykorzystywania i ujawniania przez nas wszystkich Pana(-i) informacji zdrowotnych, które zostały utworzone lub które otrzymaliśmy.

I. Nasze zobowiązania w stosunku do Pana(-i)

- Przepisy prawa wymagają od nas:
- 1.** Zapewnienia ochrony prywatności Pana(-i) informacji zdrowotnych oraz dostarczenia Panu(-i) powiadomienia na temat naszych obowiązków prawnych i zasad ochrony prywatności .
- 2.** Przestrzegania warunków ujętych w niniejszym, aktualnie obowiązującym Powiadomieniu.

Zastrzegamy sobie prawo do zmiany zasad ochrony prywatności oraz do ustanowienia nowych warunków dotyczących dysponowania informacjami zdrowotnymi. Jeśli dokonamy jakichkolwiek znaczących zmian, wyślemy zmienione powiadomienia do oddziałów CHC oraz udostępniemy je na stronie internetowej CHC. Egzemplarze takich powiadomień będzie można otrzymać od pracownika zajmującego się ochroną prywatności w Community Health Center, Inc., 575 Main Street, 2nd Floor, Middletown, Connecticut, 06457 .

II. W jaki sposób Community Health Center, Inc. może wykorzystywać i ujawniać Pana(-i) informacje zdrowotne

- A.** W przypadku leczenia, zapłaty oraz działań w zakresie opieki zdrowotnej
- 1. W przypadku leczenia.** CHC może wykorzystywać i ujawniać Pana(-i) informacje zdrowotne, aby zapewnić Panu(-i) leczenie i świadczenia, oraz aby koordynować Pana(-i) dalszą opiekę. Pana(-i) informacje zdrowotne mogą być wykorzystywane przez lekarzy, terapeutów, dentystów i pielęgniarki, a także techników laboratoryjnych, dietetyków, specjalistów i inne osoby zaangażowane w Pana(-i) opiekę, zarówno w ośrodku CHC oraz poza nim. Na przykład, farmaceuta będzie potrzebował pewnych informacji, aby wypełnić receptę zleconą przez Pana(-i) lekarza.
- 2. W przypadku zapłaty.** CHC może wykorzystywać i ujawniać Pana(-i) informacje zdrowotne innym osobom w celu otrzymania zapłaty za leczenie i otrzymywane przez Pana(-i) świadczenia. Na przykład rachunek może zostać wysłany do Pana(-i) albo do strony trzeciej, takiej jak firma ubezpieczeniowa albo inny podmiot oferujący program zdrowotny. Informacje zawarte na rachunku mogą obejmować Pana(-i) dane identyfikacyjne, diagnozę, zastosowane leczenie oraz środki zastosowane podczas leczenia.
- 3. W przypadku czynności administracyjnych związanych z opieką zdrowotną.** CHC może wykorzystywać i ujawniać Pana(-i) informacje zdrowotne w przypadku czynności administracyjnych. Może to być na przykład ujawnienie informacji o Pana(-i) zdrowiu członkom zespołu lekarskiego, personelowi zajmującemu się sprawami ryzyka czy poprawy jakości, oraz innym osobom : w celu przeprowadzenia oceny naszego personelu; w celu oceny jakości opieki i Pana(-i) wyników oraz w podobnych przypadkach; aby dowiedzieć się, jak poprawić nasze możliwości i usługi oraz; aby ustalić, jak stale poprawiać jakość i skuteczność zapewnianej przez nas opieki zdrowotnej .

B. Inne przypadki wykorzystywania i ujawniania przez nas informacji bez Pana(-i) pisemnego Upoważnienia

- 1. Wizyty.** CHC może wykorzystywać informacje, aby zadzwonić, wysłać pisma lub karty pocztowe lub wysłać pacjentom korzystającym z portalu przypomnienia o wizytach lub informacje dotyczące innych alternatywnych form leczenia lub innych korzyści i usług dotyczących zdrowia, które mogą zainteresować poszczególne osoby. Na Pana(-i) pisemną prośbę CHC może nie wykorzystywać jednej lub wielu metod przypomnień o wizytach.
- 2. W przypadkach przewidzianych prawem.** CHC może wykorzystywać i ujawniać Pana(-i) informacje zdrowotne w przypadkach przewidzianych prawem.
- 3. Osoby zaangażowane w Pana(-i) opiekę lub zapłatę za Pana(-i) opiekę.** Możemy ujawnić Pana(-i) informacje zdrowotne członkom rodziny, przyjacielowi lub innym osobom, które Pan(i) poda(a) w formularzu Pozwolenie na udostępnianie informacji zdrowotnych. Ujawnienie informacji jest ograniczone do udzielenia właściwych informacji osobie zaangażowanej w Pana(-i) opiekę lub zapłatę za Pana(-i) opiekę i tylko osobom wyraźnie wskazanym przez Pana(-i) do kontaktu.
- 4. Działania w zakresie zdrowia publicznego.** Możemy ujawnić Pana(-i) informacje zdrowotne w przypadkach działań w zakresie zdrowia publicznego. Zakres ten głównie obejmuje: 1) Zapobieganie i zwalczanie chorób, wypadków lub niepełnosprawności; 2) zgłaszanie przypadków wykorzystania lub zaniedbania dzieci lub osób starszych; 3) zgłaszanie problemów dotyczących leków; i 4) zgłaszanie - nie szczepień w rejestrze systemu CISTS.
- 5. Zgłaszanie przypadków ofiar wykorzystywania, zaniedbania i przemocy domowej.** Jeśli uznamy, że Pan(i) sta(a) się ofiarą wykorzystania lub zaniedbania dzieci lub osób starszych, możemy ujawnić Pana(-i) informacje zdrowotne w celu powiadomienia instytucji rządowych.
- 6. Działania w zakresie nadzoru nad zdrowiem.** Możemy ujawnić Pana(-i) informacje zdrowotne - ne w przypadku działań w zakresie nadzoru nad zdrowiem dozwolonym przez prawo. Agencja nadzorująca ds. zdrowia jest agencją stanową lub federalną, która nadzoruje system opieki zdrowotnej. Niektóre działania obejmują np. audyty, dochodzenia, inspekcje i wydawanie pozwoleń.
- 7. Postępowania sądowe i administracyjne.** Możemy ujawnić Pana(-i) informacje zdrowotne w odpowiedzi na nakaz sądowy lub administracyjny. Możemy ujawnić Pana(-i) informacje zdrowotne w odpowiedzi na wezwanie, wnioszek o ujawnienie lub inne zgodne z prawem procesy.
- 8. Egzekwowanie prawa.** Możemy ujawnić Pana(-i) informacje zdrowotne do celów związanych ze egzekwowaniem prawa w tym, np. przedstawianie raportów wymaganych przez prawo lub zgłaszanie nagłych przypadków lub tajemniczych przypadków śmierci; w celu przestrzegania nakazów sądowych, wezwań i innych zgodnych z prawem procesów; w celu identyfikacji lub lokalizacji podejrzanego lub zaginionej osoby; lub odpowiadając na określone zapytania na temat informacji dotyczących przestępstw.
- 9. Koronerzy, specjaliści medycyny sądowej, przedsiębiorcy pogrzebowi oraz organizacje zajmujące się przeszczepem narządów.** Pana(-i) informacje zdrowotne mogą zostać ujawniane koronerowi lub specjalistom medycyny sądowej, przedsiębiorcy pogrzebowemu, oraz jeśli jest Pan(i) dawcą narządów, organizacji zajmującej się przeszczepem narządów i tkanek.
- 10. Powiadomienie o poważnym zagrożeniu zdrowia lub bezpieczeństwa.** W przypadkach, w których niezbędne jest zapobieżenie poważnemu zagrożeniu Pana(-i) zdrowia lub bezpieczeństwa lub zdrowia lub bezpieczeństwa ludności lub innej osoby, Pana(-i) informacje zdrowotne mogą zostać wykorzystane i ujawnione osobie, która będzie w stanie zmniejszyć lub zapobiec zagrożeniu, w razie konieczności.
- 11.** Żołnierze i weterani wojenni Jeśli jest Pan(i) jest członkiem sił zbrojnych, Pana(-i) informacje zdrowotne mogą zostać wykorzystane i ujawnione na rozkaz przełożonych.
- 12.** Działania krajowych organów bezpieczeństwa i służb wywiadowczych; działania służb ochrony prezydenta i innych osób. Pana(-i) informacje zdrowotne mogą zostać ujawnione upoważnionym urzędnikom administracji szczebla federalnego prowadzącym działania krajowych organów bezpieczeństwa i służb wywiadowczych, lub w razie konieczności, zapewniającym ochronę prezydentowi Stanów Zjednoczonych lub innym osobom lub przywódcom obcych państw lub prowadzącym określone dochodzenia specjalne.