

# SHERBIMI PER SHENDETIN E PERGJITHSHEM – MADISON DHE DANE COUNTY

## NJOFTIM PER PRAKTIKEN E FSHEHTESISE (Albanian)

### KY NJOFTIM PËRSHKRUAJ SE SI MUND TË PËRDORET DHE TË LËSHOHET INFORMACIONI MJEKËSOR DHE SI MUND TA GJENI KËTË INFORMACION. JU LUTEM LEXOJENI ME KUJDES. FSHEHTËSIA E INFORMACIONEVE TË JUAJA SHËNDETËSORE ËSHTË ME RËNDËSI PËR NE.

---

#### Detyrimi Jonë Ligjor

---

Sipas ligjit federal dhe shtetëror në fuqi ne jemi të detyruar të ruajmë fshehtësinë e informacioneve të juaja mjekësore. Po ashtu, jemi të obliguar të ju japim këtë njoftim lidhur me praktikatat tona të fshehtësisë, detyrat tona ligjore, dhe të drejtave tuaja lidhur me informacionet e juaja mjekësore. Ne duhet të ndjekim praktikatat e fshehtësisë që janë përshkruar në këtë njoftim përderisa i njëjti është në fuqi. Ky njoftim hyn në fuqi me 15 shtator 2013 dhe do të prodhojë efekt derisa ta zëvendësojmë.

Ne rezervojmë të drejtën që në cdo kohë të ndryshojmë praktikatat tona të fshehtësisë dhe kushtet e këtij njoftimi, me kusht që ndryshimet e tilla të janë të lejuara me ligjin në fuqi. Ne rezervojmë të drejtën për të bërë ndryshime në praktikatat tona të fshehtësisë dhe në kushtet e njoftimit tone lidhur me

informacionet mjekësore të cilat ne i mbajmë, duke përfshirë këtu informacionin mjekësor që ne krijuam apo pranuar para se të bënim ndryshimet. Para se të bëjmë ndryshim të konsiderueshëm në praktikatat tona të fshehtësisë, ne do ta ndryshojmë këtë njoftim, do ta shpallim njoftimin e rishikuar në secilën nga qendrat tona ku ofrohen shërbimet, dhe shpalljen e re do t'ia vejmë në dispozicion pacientëve tone si dhe të tjerëve, sipas kërkesës.

Ju mund ta kërkonin kopjen e njoftimit tone në cdo kohë. Për më tepër informacione lidhur me praktikën tone të fshehtësisë, apo lidhu me kopjen shtesë të këtij njoftimi, ju lutem na kontaktoni duke përdorë informacionin nga fundi i këtij njoftimi.

---

#### Perdorimet dhe Lëshimet e Informacioneve Mjekësore

---

**Mjekimi:** Ne mund të përdorim informacionet tuaja mjekësore pa lejen tuaj, për t'ju mjekuar. Me qëllim të mjekimit tuaj, ne mund t'ia lëshojmë informacionet e juaja mjekësore, pa pëlqimin e juaj, mjekut apo ndonjë ofruesit tjetër të shërbimeve shëndetësore. Kur ju transportojnë në spital ne mund të lëshojmë informacionet e juaja shëndetësore për qëllime të mjekimit.

**Pagesa:** Ne mund të përdorim dhe lëshojmë informacionet e juaja mjekësore, pa pëlqimin e juaj, për të marrë apo dhënë kompenzime për kujdesin shëndetësor që ju nëse nuk paguani drejtpërdrejtë për shërbimet e juaja shëndetësore. Ne qoftë se ne e faturojmë organizatën Medicaid ose Medicare për kompenzim, ne do të parashtrijmë një kërkesë elektronike që përfshin emrin tuaj dhe informacionet tjera personale.

**Veprimet e Kujdesit Shëndetësor:** Ne mund të përdorim dhe të lëshojmë informacionet e juaja shëndetësore për disa nga veprimet e kujdesit shëndetësor. Veprimet e kujdesit shëndetësor përfshijnë:

- Ruajtja e të dhënave shëndetësore të mbrojtura që ne i marrim apo i krijojmë, mund të ruhen në databazat elektronike, disa nga të cilat drejtohen nga shteti i Viskonsinit, siç janë WEDSS, WIR dhe SPHERE.
- Aktivitetet lidhur me vlerësimin dhe përmirësimin e kualitetit të kujdesit shëndetësor;
- Analizën dhe vlerësimin e subjekteve që ofrojnë kujdes shëndetësor dhe performancën e planit shëndetësor, kualifikimet dhe zotësinë, programet e trajtimit për

kujdesin shëndetësor, stafin mjekësor dhe akreditimin e planit shëndetësor, certifikimin, aktivitetet lidhur me licencimin dhe kredencialet;

- Bërjen apo arranzhimin për rishikimet mjekësore, revizionet dhe shërbimet ligjore duke përfshirë këtu zbulimin dhe parandalimin e mashtrimeve dhe abuzimeve; dhe
- Planifikimin e biznesit, zhvillimin, manaxhimin dhe administrimin e përgjithshëm, duke përfshirë shërbimin e konsumatorëve, de-identifikimin e informacioneve mjekësore, dhe krijimin e të dhënave të kufizuara për veprimet e kujdesit shëndetësor, aktivitetet e shëndetit të përgjithshëm, dhe hulumtimeve.

**Autorizimi i Juaj:** Ju mund të na jepni një autorizim me shkrim në mënyrë që ne të mund të përdorim informacionet e juaja mjekësore apo t'ia lëshojmë cilitdo për çfarëdo qëllimi. Në qoftë se ju na jepni autorizimin, të njëjtin mund ta revokoni me shkrim, në cdo kohë. Revokimi i juaj nuk ka ndikim në përdorimin apo lëshimin që është lejuar me autorizimin tuaj përderisa ai prodhonte efekt. Përvenc nëse ju na jepni autorizim me shkrim, ne nuk do të përdorim apo lëshojmë informacionet e juaja shëndetësore për çfarëdo arsye, përveç atyre që përshkruam në këtë njoftim. Ne nuk do t'ia shesim apo tregtojmë me të dhënat që kemi për ju.

**Kontakti me Pacientin:** Ne mund të përdorim informacionin e juaj mjekësor për t'ju kontaktuar juve apo përfaqësuesin e autorizuar nga ju, përmes telefonit apo postës, për të diskutuar informacionin lidhur me faturën tuaj, përveç

nëse nuk paguani drejtpërdrejtë për shërbimet tuaja të kujdesit shëndetësor.

**Shëndeti i Përgjithshëm dhe Aktivitetet Lidhur me të Drejtat:** Ne mund të përdorim dhe të lëshojmë informacionet e juaja mjekësore, pa pëlqimin tuaj, kur parasheh Ligji si dhe në situatat vijuese:

- Për shëndetin e përgjithshëm, duke përfshirë këtu raportimet lidhur me sëmundjet ngjitëse, abuzimin e fëmijëve dhe të rriturve, braktisjes apo dhunës në familje;
- Për të evituar rrezikun serioz dhe të drejtpërdrejtë për shëndetin apo sigurinë;
- Për mbikëqyrjen e kujdesit shëndetësor, sic janë aktivitetet e licencimit shtetëror dhe shërbimeve të kontrollit të brendshëm, dhe agjencive për zbatimin e parandalimit të mashtremeve;
- Mjekëve të autopsisë dhe drejtorëve të funeralit;
- Sic parashihet me ligjet shtetërore për kompenzimin e punëtorëve të lënduar në punë;
- Si përgjigje ndaj gjyqit dhe urdhëresave të caktuara administrative si dhe proceseve të tjera ligjore;

- Personave të cilët zyrtarisht e zbatojnë ligjin lidhur me viktimat e krimeve, krimeve në objektet tona, raportimi i krimeve në emergjencë, dhe identifikimin apo gjetjen e personave të dyshimtë apo personave të tjerë;
- Ushtrisë, organeve zyrtare të shërbimit secret, kundërzbulimit, dhe aktiviteteve për sigurinë kombëtare, dhe institucioneve korrektuese dhe policisë lidhur me të burgosurit; dhe

Ju mund të evitoni përdorimin apo lëshimin e informacioneve tuaja mjekësore në bazë të kërkesës me shkrim nga agjencia qeveritare, përveç nëse lëshimi parashihet medoemos me ligj.

Neve mund të mos i lëshojmë rezultatet e testit HIV, disa informacione të fshehta mjekësore ose të dhënat për trajtimin e shëndetit psiqik për disa nga këto qëllime pa pëlqimin tuaj me shkrim, përveç nëse parashihet me ligj. Rezultatet e testit tuaj HIV mund të lëshohen sipas paragrafit 252.15(5)(a) të Ligjit të shtetit Wisconsin.

---

## Të Drejtat e Individit

---

**Informacione Kontakti:** Në qoftë se keni pyetje lidhur me të drejtat e juaja sipas këtij njoftimi për fshehtësinë, ju lutemi kontaktoni Oficerin për Fshehtësi. Informacioni specific për të kontaktuar gjendet në fund të këtij njoftimi.

**Format:** Format e nevojshme për ushtrimin e të drejtave tuaja mund t'i merrni nga Oficeri i Fshehtësisë. Informacioni specific për të kontaktuar gjendet në fund të këtij njoftimi.

**Akcesi:** Përveç disa përjashtimeve, ju keni të drejtë t'i shikoni dhe të pranoni kopjen e informacioneve tuaja mjekësore. Duhet të bëni një kërkesë me shkrim që të mund të shikoni informacionet e juaja mjekësore. Ne do ta rregullojmë të drejtën tuaj të intimitetit aq sa është e arsyeshme sipas mundësisë, duke përfshirë sigurimin e ndërsjellë të rënë dakord për lokacionet alternative për ju për të kontrolluar të dhënat tuaja.

Ne mund të ju kërkojmë një shumë të caktuar të parave (e arsyeshme dhe bazuar në koston reale) për secilën kopje të informacioneve tuaja mjekësore, për dërgimin e të njëjtës me postë, dhe për përgatitjen e cfarëdo përmbledhjeje apo sqarimi të informacioneve mjekësore që ju kërkon. Në lidhje me cmimin, na kontaktoni duke përdorur informacionin nga fundi i këtij njoftimi.

**Përgjegjësia e Lëshimit:** Juve keni të drejtë në listen e rasteve pas siç është e paraparë me ligj. Brenda 60 ditësh nga kërkesa e juaj, ne do t'ju informojmë lidhur me cdo lëshim për të cilën periudhë ju kërkon llogaridhënie.

**Ndryshimet:** Juve keni të drejtë të kërkonin nga ne korrigjimin e informacionit mjekësor dhe të dhënave nga trajtimi për përsëritjen mendore. Kërkesa e juaj duhet të jetë me shkrim dhe duhet të shpjegon arsyen për të cilën duhet ndryshuar informacioni. Ne mund ta refuzojmë kërkesën tuaj për arsye të specifikuar. Në qoftë se e refuzojmë kërkesën tuaj, do t'ju japim arsyetimin me shkrim. Në qoftë se e

pranojmë kërkesën e juaj, ndryshimi i bërë do të inkorporohet dhe bëhet pjesë përbërëse e informacionit tuaj mjekësor. Do të bëhen përpjekje të arsyeshme për të informuar të tjerët lidhur me ndryshimin e bërë (për të cilët e dijmë se mund ta kenë dhe se bazohen në informacionin e pandryshuar në dëm tuaj) si dhe personat për të cilët ju dëshironi ta kenë këtë ndryshim.

**Kufizimi:** Juve keni të drejtë të kërkonin që ne ta kufizojmë përdorimin tone ose lëshimin e informacioneve tuaja për mjekim, pagesë ose veprimet lidhur me mbrojtjen shëndetësore, familjes, miqëve apo të tjerëve sipas përcaktimit tuaj. Mund të mos pajtohem me kërkesën e juaj. Në qoftë se pajtohem, do ta respektojmë marrëveshjen tone përveç në rastet e emergjencës mjekësore apo sipas kërkesës apo autorizimit me ligj.

**Të miturit:** Nëse nuk na urdhëroni ndryshe, ne do t'i mbajmë konfidenciale informacionet e mbrojtura shëndetësore në lidhje me trajtimin shëndetësor dhe kujdesin për sëmundjet seksualisht të transmetueshme, planifikimin familjar, kujdesin e paralindjes dhe fusha të tjera të kujdesit nëse kërkohen me ligj, që i nënshtrohen përjashtimeve të cekura më lart.

**Komunikimi Privat:** Juve keni të drejtë të kërkonin që ne të komunikojmë me ju në mënyrë të fshehtë kur bëhet fjalë për informacionet e juaja mjekësore duke përdorur mjete apo lokacione alternative sipas përcaktimit tuaj. Kërkesa e juaj duhet të jetë me shkrim. Kërkesën duhet t'ia parashtroni kontaktit në fund të këtij njoftimi. Formën për ta bërë kërkesën tuaj mund ta merrni nga kontakti i përmendur.

Kërkesa e juaj do të pranohet në qoftë se është e arsyeshme dhe në qoftë se specifikon mjetet apo lokacionin alternativ për komunikim të fshehtë.

**Njoftimi Elektronik:** Në qoftë se këtë njoftim e merrni nga faqja e jonë në Web site ose në mënyrë elektronike (e-mail), ju keni të drejtë ta merrni këtë njoftim në formë të shkruar.

---

## Pyetjet dhe Ankesat

---

Në qoftë se dëshironi të keni më tepër informacione lidhur me praktikën tona të fshehtësisë apo keni pyetje apo ankesa, kontaktoni ju lutem Oficerin e Fshehtësisë duke përdorur informacionin në fund të këtij njoftimi.

Nëse mendoni se neve kemi shkelur të drejtat e juaja të fshehtësisë, ose nuk pajtoheni me vendimin që kemi marrë lidhur me aksesin e informacioneve tuaja mjekësore, si përgjigje në kërkesën tuaj për korigjim, kufizim apo lëshim të informacionit tuaj mjekësor, mund të na drejtoheni me ankesë duke përdorur informacionin në fund të këtij njoftimi. Po ashtu,

mund t'i drejtoheni me ankesë me shkrim Zyres për të Drejtat Civile të Departamentit për Shëndetësi dhe Shërbime të Njeriut të Shteteve të Bashkuara. Zyren për të Drejtat Civile mund ta kontaktoni përmes linjes së drejtpërdrejtë telefonike në numrin 1-800-368-1019.

Në mbështesim të drejtën tuaj për fshehtësinë e informacioneve tuaja mjekësore. Nuk do të ndërmarin kundërmasa kundër jush nëse ju bëni kundërshtim (ankesë) kundër nesh apo tek Departamenti për Shëndetin dhe Shërbimet e Njeriut të SHBA.

---

## Informacioni Kontakti

---

Privacy Officer  
Public Health-Madison and Dane County  
210 Martin Luther King, Jr. Blvd., Rm. 507  
Madison, WI 53703-3346  
(608) 266-4821

---

## Pranimi i Njoftimit të Praktikës së Fshehtësisë

---

Sipas ligjeve federale për fshehtësinë, jemi të obliguar t'ju japim Njoftimin tone të Praktikës së Fshehtësisë. Ky njoftim ofron informacione lidhur me atë se si ne mund të përdorim dhe lëshojmë informacionet e juaja të mbrojtura shëndetësore. Ne jemi të detyruar t'ju japim këtë Njoftim. Ju nuk jeni të detyruar ta nënshkruani dhe ta ktheni konfirmimin. Nëse ju do të donit të konfirmoni marrjen e këtij Njoftimi, ju lutemi nënshkruani formularin e marrjes dhe kthejeni atë tek Zyrtari i Fshehtësisë siç janë radhitur më sipër. Nëse keni ndonjë pyetje në lidhje me këtë pranim, ju lutemi kontaktoni Zyrtarin e Privatësisë siç janë radhitur më sipër.