



## NYU Langone Health

### Informativa sulle pratiche per la tutela della privacy

LA PRESENTE INFORMATIVA DESCRIVE IL MODO IN CUI LE SUE INFORMAZIONI MEDICHE POSSONO ESSERE UTILIZZATE E DIVULGATE E IL MODO IN CUI LEI POTRÀ ACCEDERE A TALI INFORMAZIONI. LA INVITIAMO AD ESAMINARLE CON ATTENZIONE.

#### **Ci impegniamo a rispettare la sua privacy**

NYU Langone Health si impegna a mantenere riservate e confidenziali le sue informazioni sanitarie. Utilizzeremo o divulgheremo (condivideremo) le sue informazioni sanitarie esclusivamente come descritto nella presente informativa. Le verrà chiesto di firmare un modulo a conferma di aver ricevuto la presente informativa.

#### **Chi ottempera alle pratiche descritte nell'informativa**

La presente costituisce un'informativa congiunta cui si attengono tutti i dipendenti, il personale medico, i tirocinanti, gli studenti, i volontari e gli agenti di NYU Langone Health presso le sedi indicate di seguito:

- NYU Grossman School of Medicine (comprese le nostre Faculty Group Practices)
- Family Health Centers presso NYU Langone Health
- Southwest Brooklyn Dental Practice

NYU Langone Hospitals e NYU Grossman School of Medicine partecipano a un accordo di privacy con NYU Langone Health.



## NYU Langone Health

### Informativa sulle pratiche per la tutela della privacy

- con il suo ente assicurativo per riscuotere i pagamenti per i servizi di assistenza sanitaria o per ottenere la pre-approvazione per il suo trattamento; e
- per svolgere la nostra attività, migliorare la sua assistenza, formare i nostri professionisti e valutare le prestazioni degli operatori.

Talvolta potremmo condividere le sue informazioni con i nostri collaboratori professionali che ci assistono nelle attività aziendali, come ad esempio con un servizio di fatturazione. Tutti i nostri collaboratori professionali sono tenuti a tutelare la riservatezza e la sicurezza delle sue informazioni sanitarie, esattamente come noi.

Potremmo anche utilizzare o condividere le sue informazioni per metterci in contatto con lei:

- in merito a prestazioni o servizi di tipo sanitario.
- in merito ai suoi prossimi appuntamenti.
- per capire se abbia interesse a partecipare a progetti di ricerca.
- in merito a raccolte di fondi per NYU Langone Health.

Lei ha il diritto di rifiutarsi di ricevere comunicazioni relative alla raccolta di fondi. Può farlo contattando il NYU Langone Development Office all'indirizzo e-mail [developmentoffice@nyulangone.org](mailto:developmentoffice@nyulangone.org), oppure telefonicamente al numero 212-404-3640 o al numero verde 1-844-651-4036.

Se non desidera ricevere avvisi sui progetti di ricerca ai quali potrebbe prendere parte, può contattare [research-contact-optout@nyulangone.org](mailto:research-contact-optout@nyulangone.org) o il numero 1-855-777-7858.

Se utilizziamo o condividiamo informazioni sanitarie sensibili, applichiamo protezioni speciali. Sono comprese le informazioni relative all'HIV, alla salute mentale, alle informazioni sul trattamento dell'abuso di alcol o droghe e le informazioni genetiche. Ad esempio, secondo la



# NYU Langone Health

## Informativa sulle pratiche per la tutela della privacy



## **NYU Langone Health**

### **Informativa sulle pratiche per la tutela della privacy**

- Nel caso ci chiedesse di rettificare le sue cartelle cliniche perché imprecise o incomplete, la sua richiesta potrebbe essere rifiutata, tuttavia le comunicheremo la motivazione per iscritto entro 60 giorni.
- Ottenere un elenco di coloro con cui abbiamo condiviso le informazioni. Può richiedere un



## NYU Langone Health

### Informativa sulle pratiche per la tutela della privacy

#### MODULO CHE ATTESTA IL RICEVIMENTO DELL'INFORMATIVA SULLE PRATICHE PER LA TUTELA DELLA PRIVACY

**Firmando il presente modulo, dichiaro di aver ricevuto una copia dell'informativa sulle pratiche per la tutela della privacy di NYU Langone Health.**

**Nome del/della paziente:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

**Nome del rappresentante personale (se pertinente):** \_\_\_\_\_

**Autorità del rappresentante personale (per es. genitore, tutore, delegato per l'assistenza sanitaria):**

\_\_\_\_\_

**Valido dal 1° marzo 2024.**