



Ваша информация. Ваши права. Наши обязательства.

В настоящем уведомлении поясняется, при каких условиях может использоваться и раскрываться относящаяся к вам медицинская информация и каким образом Вы можете получить доступ к такой информации.

Внимательно ознакомьтесь с этим документом.

Ваши права

Когда дело касается информации о вашем здоровье, вы должны знать о своих конкретных правах. В этом разделе разъясняются ваши права и некоторые из наших обязательств по их защите.

Получение электронной или бумажной копии вашей медицинской карты

- Вы можете обратиться с запросом на ознакомление или получение электронной или бумажной копии своей медицинской карты и другой информации о состоянии вашего здоровья, которая имеется в нашем распоряжении. Обратитесь к нам, и мы выполним вашу просьбу.
- Мы предоставим копию или краткое изложение информации о состоянии вашего здоровья, как правило, в течение 30 дней после получения вашего запроса. При этом в зависимости от затрат может взиматься плата в разумных пределах.

Запрос на исправление вашей медицинской карты

- Вы можете обратиться с запросом на исправление информации о вашем здоровье, которая, с вашей точки зрения, является неверной или неполной. Обратитесь к нам, и мы выполним вашу просьбу.
- Мы можем ответить отказом на ваш запрос, но при этом обязаны ответить вам в письменной форме в течение 60 дней.

Запрос на конфиденциальные способы связи

- Вы можете обратиться с запросом, чтобы мы контактировали с вами определенным образом (например, по домашнему или рабочему телефону) или отправляли почтовые сообщения на другой адрес.
- Мы пойдем навстречу при любых обоснованных запросах.

продолжение на следующей странице

Обратитесь с запросом по ограничению наших прав на использование или передачу информации	<ul style="list-style-type: none">• Вы можете обратиться с запросом на запрет использовать или передавать другим лицам определенную информацию о вашем здоровье по лечению, оплате или выполнению процедур в нашем учреждении.• Мы можем не согласиться с вашим запросом и отказать вам в том случае, если это может оказать негативное влияние на ваше лечение.• Если вы оплачиваете услугу или изделие для оказания медицинской помощи из собственного кармана в полном объеме, вы можете обратиться с запросом, чтобы мы не передавали информацию по оплате или выполненным нами процедурам вашей медицинской страховой компании.• Мы дадим свое согласие в том случае, если закон не предписывает нам передавать такую информацию.
Получение списка лиц, которым была передана информация	<ul style="list-style-type: none">• Вы можете запросить перечень (учетный документ) всех случаев, когда мы передавали информацию о вашем здоровье, за шесть лет, предшествующих дате вашего запроса с указанием лиц, которым она была передана, и причин передачи.• В перечень будут включены все раскрываемые сведения, кроме лечебного процесса, оплаты и действий по оказанию медицинской помощи, а также определенные раскрываемые сведения (например, те, что вы попросили нас выполнить). Учетный документ за один год мы предоставим бесплатно, однако за каждый дополнительный запрос за 12 месяцев будет взиматься плата в разумных пределах в зависимости от затрат.
Получение копии настоящего уведомления об обеспечении конфиденциальности	<ul style="list-style-type: none">• Вы можете в любое время запросить бумажную копию настоящего уведомления даже при условии вашего согласия на получение уведомления в электронной форме. Бумажная копия будет предоставлена вам незамедлительно.
Выберите лицо, которое будет представлять ваши интересы	<ul style="list-style-type: none">• Лица, на которых была оформлена доверенность на право представлять ваши интересы в качестве больного, или ваши законные представители могут осуществлять ваши права по принятию решений, касающихся информации о вашем здоровье.• Мы обеспечим этому лицу необходимые полномочия и возможность действовать до принятия нами каких-либо мер.
Подайте жалобу при подозрении о нарушении ваших прав	<ul style="list-style-type: none">• Вы можете подать жалобу, если подозреваете, что мы нарушили ваши права. Свяжитесь с нами, воспользовавшись информацией на странице 1.• Вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социальных служб США, отправив письмо по адресу 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, позвонив по номеру телефона 1-877-696-6775 или посетив веб-сайт www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.• Мы не будем принимать какие-либо меры против вас в ответ на подачу жалобы.

Ваш выбор вариантов

Относительно конкретной информации о здоровье вы можете сообщить нам свой выбор вариантов наших действий по передаче сведений. Сообщите нам, если вы ясно представляете, каким образом необходимо действовать при передаче вашей персональной информации в ситуациях, описанных далее. Поделитесь с нами, какие действия мы должны предпринять, и мы выполним ваши инструкции.

В следующих случаях вы имеете право на выбор вариантов наших действий.

- Передача информации вашей семье, близким друзьям или другим лицам, принимающим участие в заботе о вашем здоровье.
- Передача информации в случаях ликвидации последствий стихийных бедствий.
- Включение вашей персональной информации в справочный указатель медицинского учреждения.
- Обращение к вам при организации сбора средств.

Если вы не будете иметь возможности сообщить нам о своем предпочтении, например, находясь в бессознательном состоянии, мы можем взять на себя ответственность и передать вашу информацию, если будем полагать, что это безусловно соответствует вашим интересам. Кроме того, мы можем передать вашу информацию, если возникнет необходимость ослабить серьезную и непосредственную угрозу здоровью или безопасности.

В следующих случаях мы ни при каких обстоятельствах не передадим вашу информацию без получения от вас письменного разрешения.

- Маркетинговые цели.
- Продажа вашей информации.
- В большинстве случаев передача психотерапевтических заключений.

При сборе средств

- Мы можем обратиться к вам при организации сбора средств, однако вы имеете право потребовать не обращаться к вам повторно.

Наши способы использования и раскрытия информации

Каким образом мы обычно используем и передаем информацию о вашем здоровье?

Обычно мы используем или передаем информацию о вашем здоровье следующим образом.

Процесс вашего лечения

- Мы можем использовать информацию о вашем здоровье и передать ее другим специалистам, принимающим участие в вашем лечении.

Пример. Врач, который лечит вашу травму запрашивает у другого врача общее состояние вашего здоровья.

Функционирование нашей организации

- Мы можем использовать информацию о вашем здоровье, чтобы обеспечить нашу практическую деятельность, улучшить ваше медицинское обслуживание и при необходимости контактировать с вами.

Пример. Мы используем информацию о вашем здоровье, чтобы контролировать процесс вашего лечения и оказание услуг.

продолжение на следующей странице

**Счет на
оплату
оказанных
вам услуг**

- Мы можем использовать информацию о вашем здоровье, чтобы выставить счет и получить оплату по программам медицинского страхования или от других организаций.

Пример. Мы передаем информацию о вас компании по вашей программе медицинского страхования для оплаты оказанных вам услуг.

Каким еще образом мы можем использовать и передавать информацию о вашем здоровье?

Нам разрешается или предписывается передавать вашу информацию иным образом — обычно в целях оказания содействия общественному благу, например общественному здравоохранению и научным исследованиям. Прежде чем мы сможем передать вашу информацию в этих целях, в соответствии с законодательством мы должны выполнить множество условий. Для получения дополнительной информации перейдите по следующей ссылке:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.htm

Содействие в решении вопросов общественного здравоохранения и безопасности

В частности, мы можем передать информацию о вашем здоровье в следующих случаях:

- Предотвращение заболеваний.
- Оказание содействия при отзыве продукции.
- Сообщение о побочных эффектах лекарственных препаратов.
- Сообщение о предполагаемом жестоком обращении, пренебрежении обязанностями или домашнем насилии.
- Предотвращение или снижение серьезной угрозы чьему-либо здоровью или безопасности.

Проведение исследований

- Мы можем использовать или передавать вашу информацию для медицинских исследований.

Соблюдение законодательства

- Мы можем передавать информацию о вас по требованию федерального законодательства или законов штата, в том числе по распоряжению Министерства здравоохранения и социальных служб США при проверке выполнения федерального закона о защите частной жизни.

Ответ на запрос о донорстве органов и тканей

- Мы можем передавать информацию о вашем здоровье по запросу организаций по обеспечению донорскими органами.

Взаимодействие с судебно-медицинским экспертом или уполномоченным бюро ритуальных услуг

- Мы можем передавать информацию о вашем здоровье коронеру, судебно-медицинскому эксперту или уполномоченному бюро ритуальных услуг в отдельных случаях смерти.

Адресная компенсация работникам, запросы правоохранительных и других государственных органов

- Мы можем передавать информацию о вашем здоровье в следующих случаях:
 - При исках о компенсациях работникам
 - В целях обеспечения правопорядка или по запросам сотрудников правоохранительных органов
 - По запросам надзорных органов в сфере здравоохранения для совершения действий, предписанных законом
 - Для выполнения особых государственных функций, в частности, функций военной службы, службы национальной безопасности и охраны президента

Ответ на судебные иски и процессуальные действия

- Мы можем передавать информацию о вас в ответ на судебный или административный приказ или судебный запрос.

Закрытая информация: центр здоровья Lynn Community Health Center не имеет права без вашего письменного согласия раскрывать закрытую медицинскую информацию о результатах анализов на ВИЧ/СПИД и проводимом в связи с этим лечением, о психическом и душевном здоровье, фактах домашнего насилия, генетическом тестировании, болезнях, передаваемых половым путем, абортах, злоупотреблении алкоголем или наркотиками, изнасиловании или сексуальном принуждении, а также о фактах жестокого обращения с детьми, взрослыми или недееспособными гражданами.

Наши обязанности

- В соответствии с требованиями закона мы обязаны обеспечивать конфиденциальность и безопасность защищенной информации о вашем здоровье.
- Мы незамедлительно сообщим вам о нарушении, которое может поставить под угрозу конфиденциальность или безопасность вашей информации.
- Мы должны соблюдать обязанности и порядок использования конфиденциальной информации, описанные в настоящем уведомлении, а также предоставить вам его копию.
- Мы не имеем права использовать или передавать вашу информацию иным способом, кроме описанных в настоящем документе, если от вас не будет получено разрешение в письменном виде. Если такое разрешение от вас будет получено, вы можете изменить свое решение в любое время. При изменении своего решения дайте нам об этом знать в письменной форме.

Для получения дополнительной информации перейдите по следующей ссылке:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Внесение изменений в условия настоящего уведомления

Мы можем внести изменения в условия настоящего уведомления, и эти изменения будут применимы ко всей хранящейся у нас информации, которая касается вас. Новое уведомление будет доступно по запросу, в нашем офисе, а также на нашем веб-сайте.

Редакция от июня 2020 г. www.lchcnet.org

Уведомление о порядке использования конфиденциальной информации применяется к следующим организациям.

LCHC является частью организованной структуры в системе здравоохранения (OCHIN). Список организаций-членов доступен по адресу <https://ochin.org/member-portal/ochin-members/>. В отношении медицинских карт LCHC ведется постоянный мониторинг на предмет несанкционированного доступа.

Lynn Community Health Center является частью организованной структуры в системе здравоохранения, в которую входят члены OCHIN. Актуальный список членов OCHIN доступен на веб-сайте www.ochin.org. В качестве делового партнера Lynn Community Health Center OCHIN обеспечивает центр здоровья Lynn Community Health Center и других членов OCHIN информационными технологиями и оказывает сопутствующие услуги. Кроме того, по поручению своих членов OCHIN принимает участие в оценке качества и принимает меры по его повышению. В частности, OCHIN от имени участвующих организаций координирует меры по изучению и анализу клинической практики в целях установления стандартов передовых методик и оценки клинических преимуществ, которые могут быть получены при использовании систем электронных медицинских карт. OCHIN также содействует совместной работе его членов по усовершенствованию организации направления пациентов во внутренние подразделения или сторонние учреждения. Ваша персональная информация о здоровье может быть передана центром здоровья Lynn Community Health Center другим членам OCHIN или может происходить обмен информацией о здоровье только при необходимости организации лечебного процесса или в целях выполнения действий по оказанию медицинской помощи в рамках организованной структуры в системе здравоохранения. В целях повышения получаемых вами клинических преимуществ процесс оказания медицинской помощи может включать в себя, помимо прочего, геокодирование вашего местопребывания. Персональная информация о здоровье может включать в себя медицинскую информацию о прошедших, настоящих и будущих событиях, а также информацию, изложенную в правилах конфиденциальности. Информация, раскрываемая в установленных пределах, будет раскрываться в соответствии с правилами конфиденциальности или любым другим применимым законодательством с учетом вносимых по мере необходимости изменений. Вы имеет право изменить свое решение и отозвать это соглашение, однако в связи с вашим разрешением эта информация уже может быть предоставлена. Это соглашение будет оставаться в силе до тех пор, пока вы не аннулируете его в письменной форме. По запросу вам будет предоставлен список организаций, которым раскрыта ваша информация.