



# УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВИЛАХ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАНО, КАК МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ВАС МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА И РАСКРЫТА, И КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПОЖАЛУЙСТА, ПРОСМОТРИТЕ ВНИМАТЕЛЬНО.

Neighborhood Health Center уважает вашу конфиденциальность. Мы не будем раскрывать вашу информацию другим лицам, если вы не попросите нас сделать это или если закон не разрешает или не требует от нас это сделать. Все агенты Neighborhood Health Center обязаны соблюдать условия настоящего уведомления, обеспечивать конфиденциальность вашей личной медицинской информации и уведомлять вас о юридических обязательствах Neighborhood Health Center и правилах соблюдения конфиденциальности. Настоящее уведомление распространяется на информацию и записи, которые мы имеем о вас, вашем здоровье, состоянии здоровья, а также медицинском обслуживании и услугах, которые вы получаете во всех клиниках первичной Медико-санитарной помощи Neighborhood Health Center, стоматологических клиниках, Школьных Медицинских Центрах и аптеках. Информация о вашем здоровье может включать информацию, созданную и полученную Neighborhood Health Center, может быть в форме письменных или электронных записей или устной речи, а также может включать информацию о вашей истории здоровья, состоянии здоровья, симптомах, обследованиях, результатах анализов, диагнозах, лечении, процедуры, рецепты, соответствующая деятельность по выставлению счетов и аналогичные виды информации, связанной со здоровьем.

По закону мы обязаны представить вам это уведомление. Оно расскажет вам о том, как мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию, а также опишет ваши права и наши обязанности в отношении использования и раскрытия этой информации.

## НАШЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ

Обычно мы используем или передаём вашу медицинскую информацию следующими способами:

**Для Лечения.** Мы можем использовать вашу медицинскую информацию для предоставления вам медицинского лечения или услуг. Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию врачам, стоматологам, бихевиористам, медсестрам, техническим специалистам, фармацевтам, персоналу или другому персоналу Neighborhood Health Center, который участвует в вашем уходе.

*Пример: Врач, лечащий вас от травмы, спрашивает другого врача о вашем общем состоянии здоровья, чтобы убедиться, что он принимает правильные решения о вашем лечении.*

Различные сотрудники нашей организации могут делиться информацией о вас и раскрывать информацию людям, которые не работают в Neighborhood Health Center, для координации вашего лечения, например, звонить по телефону и выписывать рецепты в вашу аптеку, планировать лабораторные работы и заказывать рентгеновский снимок. Члены семьи и другие поставщики медицинских услуг могут оказывать вам медицинскую помощь за пределами этого офиса и могут потребовать информацию о вас. Мы запросим ваше разрешение, прежде чем делиться медицинской информацией с вашей семьей или лицами, осуществляющими уход, за исключением случаев, когда вы не можете дать разрешение на такое раскрытие из-за состояния вашего здоровья.

**Для Оплаты.** Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию для выставления счетов и получения платежей от планов медицинского страхования или других организаций.

*Пример: Мы передаём информацию о вас в ваш план медицинского страхования, чтобы он оплатил ваши услуги.*

**Для Деятельности Здравоохранения.** Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию для оценки и улучшения качества нашей деятельности. Neighborhood Health Center или уполномоченная ассоциированная организация могут связаться с вами для оценки качества и мероприятий по улучшению, используя метод (т. е. телефон, текстовое сообщение, электронная почта), который вы разрешили использовать Neighborhood Health Center.

*Пример: Мы проверяем вашу медицинскую информацию, чтобы оценить работу персонала и определить потребности в обучении.*

## ОСОБЫЕ СИТУАЦИИ

Нам разрешено или необходимо делиться вашей информацией другими способами – обычно способами, которые способствуют общественному благу, например, общественному здравоохранению и исследованиям. Прежде чем мы сможем передать вашу информацию для этих целей, мы должны выполнить множество условий закона. Для получения дополнительной информации посетите: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

**Помощь в вопросах общественного здравоохранения и безопасности:** Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию в следующих ситуациях:

- Предотвращение заболеваний
- Помощь в отзыве продукции
- Сообщение о побочных реакциях на лекарства
- Сообщение о предполагаемом жестоком обращении, пренебрежении или домашнем насилии
- Предотвращение или уменьшение серьёзной угрозы чьему-либо здоровью или безопасности

**Соблюдение закона:** Мы передадим информацию о вас, если этого требуют законы штата или федеральные законы, в том числе Министерству Здравоохранения и Социальных Служб, если они захотят убедиться в том, что мы соблюдаем федеральный закон о конфиденциальности.

**Исследование.** Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию для исследовательских проектов, которые подлежат специальной процедуре утверждения. Мы запросим у вас разрешение, если у исследователя будет доступ к вашему имени, адресу или другой информации, которая может вас идентифицировать.

**Донорство Органов и Тканей.** Если вы являетесь донором органов, мы можем передать вашу медицинскую информацию организациям, занимающимся закупкой органов.

**Обращайтесь к работникам по вопросам компенсации, правоохранительным органам и другим**

**государственным запросам:** Мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию для следующих целей:

- Иск о рабочей компенсации.
- Правоохранительные цели.

- Органы санитарного надзора за осуществлением деятельности, разрешённой законом.
- Специальные правительственные функции, такие как военные службы, служба национальной безопасности и служба защиты президента.

**Иски и Дебаты.** Мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию в ответ на судебное или административное постановление или в ответ на повестку в суд.

**Коронеры, Судмедэксперты и Похоронные Бюро.** Мы можем передать медицинскую информацию коронеру, распорядителю похорон или судебно-медицинскому эксперту. Это может быть необходимо, например, для идентификации умершего человека или установления причины смерти.

**Сбор Средств.** Мы можем связаться с вами по поводу сбора средств, но вы можете попросить, чтобы мы больше не связывались с вами.

**Семья и Друзья.** Мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию членам вашей семьи или друзьям, если мы получим ваше устное согласие на это или если мы предоставим вам возможность возразить против такого раскрытия, и вы не выскажете возражений. Мы также можем раскрыть медицинскую информацию вашей семье или друзьям, если исходя из обстоятельств и на основе нашего профессионального суждения мы можем сделать вывод, что вы не будете возражать. Например, мы можем предположить, что вы согласны на раскрытие вашей личной медицинской информации вашему супругу, когда вы приводите супруга с собой в комнату для осмотра во время лечения или во время обсуждения лечения.

В ситуациях, когда вы не можете дать согласие (по причине вашего отсутствия, вашей недееспособности или неотложной медицинской помощи), мы можем, используя наше профессиональное суждение, определить, что раскрытие информации члену вашей семьи или другу отвечает вашим интересам. В такой ситуации мы будем раскрывать только медицинскую информацию, имеющую отношение к участию человека в вашем уходе.

## НАШИ ОБЯЗАННОСТИ

По закону мы обязаны обеспечивать конфиденциальность и безопасность вашей защищенной медицинской информации. Если произойдет нарушение, которое может поставить под угрозу конфиденциальность или безопасность вашей информации, мы незамедлительно уведомим вас.

Мы обязаны соблюдать обязанности и правила конфиденциальности, описанные в этом уведомлении, и предоставить вам его копию. В случае несовершеннолетних пациентов уведомление будет направлено как пациенту, так и родителю или опекуну несовершеннолетнего.

Мы не будем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию для каких-либо целей, кроме тех, которые указаны в предыдущих разделах, без вашего специального письменного разрешения. Нам необходимо письменное разрешение на использование вашей медицинской информации в маркетинговых целях, обмене психотерапевтическими записями и продаже вашей информации. Вы можете отозвать это разрешение в письменном виде в любое время. Если вы отзовёте своё разрешение, мы больше не будем использовать или раскрывать информацию о вас по причинам, указанным в вашем письменном разрешении, но мы не сможем отменить любое использование или раскрытие информации, уже осуществлённое с вашего разрешения.

Для получения дополнительной информации, посетите: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

Neighborhood Health Center является частью организованной системы здравоохранения, включающей участников OCHIN. Текущий список участников OCHIN доступен на сайте [www.ochin.org](http://www.ochin.org). В качестве делового партнёра Neighborhood Health Center OCHIN предоставляет информационные технологии и сопутствующие услуги Neighborhood Health Center и другим участникам OCHIN. OCHIN также занимается оценкой и улучшением качества от имени своих участников. Например, OCHIN координирует деятельность по клиническому анализу от имени участвующих организаций с целью установления стандартов передовой практики и оценки клинической пользы, которую можно получить от использования систем электронных медицинских записей. OCHIN также помогает участникам работать совместно над улучшением управления внутренними и внешними направлениями пациентов. Ваша личная медицинская информация может быть передана Neighborhood Health Center другим участникам OCHIN или обмену медицинской информацией только в случае необходимости для медицинского лечения или для целей оказания медицинской помощи в рамках организованного медицинского учреждения. Деятельность здравоохранения может включать, среди прочего, геокодирование места вашего проживания, чтобы улучшить получаемые вами клинические преимущества.

Личная медицинская информация может включать прошлую, настоящую и будущую медицинскую информацию, а также информацию, указанную в Правилах Конфиденциальности. Информация в той степени, в которой она раскрыта, будет раскрыта в соответствии с Правилами Конфиденциальности или любым другим применимым законодательством с вносимыми время от времени поправками. Вы имеете право передумать и отозвать данное согласие, однако информация, возможно, уже была предоставлена в соответствии с вашим разрешением. Настоящее согласие будет оставаться в силе до тех пор, пока оно не будет отозвано вами в письменной форме. По запросу вам будет предоставлен список организаций, которым была раскрыта ваша информация.

## ВАШИ ПРАВА

У вас есть следующие права в отношении вашей медицинской информации:

**Право на Проверку и Копию.** Вы имеете право на доступ к вашей медицинской информации, такой как медицинские записи и записи счетов, которые мы храним и используем для принятия решений о вашем лечении. Вы должны подать письменное разрешение на предоставление информации в вашу клинику Neighborhood Health Center, чтобы получить копию ваших записей.

**Право на Внесение Изменений.** Если вы считаете, что имеющаяся у нас медицинская информация о вас неверна или неполна, вы можете попросить нас исправить эту информацию. Спросите нас, как это сделать.

Мы можем отклонить ваш запрос на внесение изменений, если ваш запрос не оформлен в письменной форме или не содержит причины для его поддержки. Кроме того, мы можем отклонить или частично отклонить ваш запрос, если вы попросите нас изменить информацию, которая:

- Не была создана нами, если только физическое или юридическое лицо, создавшее информацию, больше не доступно для внесения изменений;
- Не является частью медицинской информации, которую мы храним;
- Не будет разрешено вам проверять и копировать;

- Является точной и полной.

**Право на Учёт Раскрытой Информации.** Вы имеете право запросить отчёт о раскрытии информации. Это список случаев раскрытия нами медицинской информации о вас для целей, отличных от лечения, оплаты и оказания медицинской помощи, когда это специально разрешено вами, а также при ограниченном количестве особых обстоятельств, связанных с национальной безопасностью, исправительными учреждениями и правоохранительными органами.

Чтобы получить этот список, вы должны подать письменный запрос Служащему по Выставлению Счетов. В нём должен быть указан период времени, который не может превышать шести лет. В вашем запросе должно быть указано, в какой форме вы хотите получить список (например, в письменном виде, в электронном виде). Первый список, который вы запросите в течение 12 месяцев, будет бесплатным. В случае дополнительных списков мы можем взимать с вас плату за предоставление списка. Мы уведомим вас о связанных с этим расходах, и вы сможете отозвать или изменить свой запрос до того, как будут понесены какие-либо расходы.

**Право Требования Ограничений.** Вы имеете право запросить ограничение медицинской информации, которую мы используем или раскрываем о вас для лечения, оплаты или оказания медицинской помощи. Мы не обязаны соглашаться на ваш запрос и можем сказать «нет», если это повлияет на ваше обслуживание.

**Право Запрашивать Конфиденциальную Информацию.** Вы имеете право потребовать, чтобы мы общались с вами по медицинским вопросам определённым способом или в определённом месте. Например, вы можете попросить, чтобы мы связывались с вами только на работе или по почте.

Чтобы запросить конфиденциальное общение, обратитесь к своей команде по уходу. Мы не будем спрашивать вас о причине вашего запроса. Мы удовлетворим все разумные просьбы. В вашем запросе должно быть указано, как и где вы хотите, чтобы с вами связались.

**Право на Бумажную Копию Этого Уведомления.** Вы имеете право на получение бумажной копии этого уведомления. Вы можете в любое время попросить нас предоставить вам копию настоящего уведомления. Даже если вы согласились получить его в электронном виде, вы все равно имеете право на получение бумажной копии. Вы также можете найти копию этого Уведомления на нашем веб-сайте.

**Выберите человека, который будет действовать от вашего имени:** Если вы дали кому-то медицинскую доверенность или если кто-то является вашим законным опекуном, это лицо может воспользоваться вашими правами и сделать выбор в отношении вашей медицинской информации. Прежде чем предпринимать какие-либо действия, мы убедимся, что человек обладает этими полномочиями и может действовать от вашего имени.

## ИЗМЕНЕНИЯ В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ

Мы оставляем за собой право изменить это уведомление и сделать пересмотренное или изменённое уведомление действительным для медицинской информации, которая у нас уже есть о вас, а также для любой информации, которую мы получим в будущем. Новые уведомления будут доступны по запросу в нашем офисе и на нашем сайте [nhcoregon.org](http://nhcoregon.org).

## ВОПРОСЫ, ПРОБЛЕМЫ ИЛИ ЖАЛОБЫ

Если у вас есть вопросы об этой правиле или вы считаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены, вы можете связаться с нами, используя информацию ниже. Вы также 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, или позвонив 1-877-696-6775, или посетив [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).

**Вас не оштрафуют за подачу жалобы.**

Neighborhood Health Center  
ATTN: Risk and Compliance  
7320 SW Hunziker Road, Suite 300  
Portland, OR 97223  
503-941-3087  
[concerns@nhcoregon.org](mailto:concerns@nhcoregon.org)