

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ОБРАЩЕНИЯ С КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ

Департамент здравоохранения города Цинциннати
(City of Cincinnati Health Department)

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ОБРАЩЕНИЯ С КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЦИНЦИННАТИ (CINCINNATI HEALTH DEPARTMENT)

Ваша информация. Ваши права. Наши обязанности.

В данном уведомлении разъясняется, каким образом может использоваться и раскрываться медицинская информация о Вас и каким образом Вы можете получить доступ к этой информации. **Прочтите его внимательно.**

Ваши права

У Вас есть право:

- Получить копию своей бумажной или электронной медицинской карты
- Внести исправления в свою бумажную или электронную медицинскую карту
- Запросить конфиденциальную коммуникацию
- Запросить ограничение объема раскрываемой нами информации
- Получить список тех, кому была передана Ваша информация
- Получить копию данного уведомления о порядке обращения с конфиденциальной информацией
- Выбрать кого-то, кто будет действовать от Вашего имени
- Подать жалобу, если Вы считаете, что Ваши права на конфиденциальность были нарушены

Ваши варианты выбора

У Вас есть несколько вариантов выбора того, как мы будем использовать или раскрывать Вашу информацию в ходе следующих действий:

- Информирование Ваших родственников и друзей о Вашем заболевании
- Оказание помощи при стихийных бедствиях
- Включение Вас в больничный справочник
- Проведение психиатрического лечения
- Продвижение наших услуг и продажа Вашей информации
- Сбор средств

Использование и раскрытие информации нашей организацией

Мы можем использовать и раскрывать Вашу информацию в ходе следующих действий:

- Ваше лечение
- Ведение деятельности нашей организации
- Выставление счетов за оказанные Вам услуги
- Помощь в вопросах общественного здравоохранения и безопасности
- Проведение исследований
- Соблюдение законодательства
- Ответы на запросы о донорстве органов и тканей
- Взаимодействие с судмедэкспертом или владельцем бюро похоронных услуг
- Рассмотрение запросов, касающихся компенсаций работникам, правоохранительных органов и других государственных органов
- Ответы на судебные иски и юридические действия

Ваши права

Когда речь идёт о Вашей медицинской информации, у Вас есть определённые права. В этом разделе разъясняются Ваши права и некоторые из наших обязанностей в оказании Вам помощи.

Получить бумажную или электронную копию Вашей медицинской карты

- Вы можете запросить просмотр или получение электронной или бумажной копии Вашей медицинской карты и другой Вашей медицинской информации, которая у нас имеется. Спросите нас, как это сделать.
- Мы предоставим копию или сводный обзор Вашей медицинской информации, как правило, в течение 30 дней после Вашего запроса. Мы можем взимать за это плату, обоснованную себестоимостью изготовления копии.

Запросить внесение исправлений в Вашу медицинскую карту

- Вы можете попросить нас внести исправления в Вашу медицинскую информацию, которая, по Вашему мнению, является неверной или неполной. Спросите нас, как это сделать.
- Мы можем отказать в Вашей просьбе, но мы письменно сообщим Вам причину отказа в течение 60 дней.

Запросить конфиденциальную коммуникацию

- Вы можете попросить нас связываться с Вами определенным способом (например, по домашнему или рабочему телефону) или отправлять почту на другой адрес.
- Мы согласимся на все обоснованные запросы.

Запросить ограничение объёма используемой и раскрываемой нами информации

- Вы можете попросить нас не использовать и не раскрывать определённую медицинскую информацию для Вашего лечения, оплаты счетов или ведения нашей деятельности. Мы не обязаны соглашаться с Вашей просьбой и можем отказать, если это повлияет на Ваше лечение.
- Если Вы оплачиваете услугу или медицинское изделие полностью из собственных средств, Вы можете попросить нас не передавать эту информацию Вашей компании медицинского страхования для целей оплаты или ведения нашей деятельности. Мы согласимся, если законодательство не обязывает нас раскрывать такую информацию.

Получить список тех, кому была передана информация

- Вы можете попросить отчёт о случаях, когда мы делились Вашей медицинской информацией за шесть лет, предшествующих дате Вашего запроса, включая сведения о том, кому и с какой целью она передавалась.
- Мы укажем все случаи раскрытия Вашей медицинской информации, за исключением тех, которые касаются лечения, оплаты и медицинской деятельности, а также некоторых других (например, когда это было сделано по Вашей просьбе). Мы предоставим один отчёт в год бесплатно, но, если Вы запросите ещё один отчёт в течение 12 месяцев, мы возьмём с Вас плату, обоснованную себестоимостью изготовления копии документа.

Получить копию данного уведомления о порядке обращения с конфиденциальной информацией

Вы можете запросить бумажную копию данного уведомления в любое время, даже если Вы дали согласие на получение его в электронном виде. Мы незамедлительно предоставим Вам бумажную версию.

Выбрать кого-то, кто будет действовать от Вашего имени

- Если Вы оформили на кого-либо медицинскую доверенность или если кто-либо является Вашим законным опекуном, этот человек может реализовывать Ваши права и принимать решения относительно Вашей медицинской информации.
- Прежде чем предпринимать какие-либо действия, мы убедимся, что у данного лица есть такие полномочия и что оно может действовать от Вашего имени.

Подать жалобу, если Вы считаете, что Ваши права нарушены

- Если Вы считаете, что мы нарушили Ваши права, Вы можете подать жалобу, обратившись к нам. См. информацию ниже.
- Вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам Департамента здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Right), отправив письмо по адресу: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, позвонив по номеру 1-877-696-6775 или посетив веб-сайт www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- Мы не будем применять к Вам ответные меры за подачу жалобы.

Ваши варианты выбора

В отношении определенной медицинской информации у Вас есть выбор, какую именно медицинскую информацию мы можем раскрывать. Если у Вас есть чёткие предпочтения относительно того, как мы должны раскрывать Вашу информацию в ситуациях, описанных ниже, сообщите нам об этом. Сообщите нам, чего Вы от нас хотите, и мы будем следовать Вашим указаниям.

В этих случаях Вы имеете право попросить нас:

- Сообщать информацию Вашей семье, близким друзьям или другим лицам, связанным с Вашим лечением
- Передавать информации в случае необходимости оказания помощи при стихийном бедствии
- Включать Вашу информацию в больничный справочник

Если Вы не можете сообщить нам о своих предпочтениях, например, если Вы находитесь без сознания, мы можем раскрыть Вашу информацию, если сочтём, что это в Ваших интересах. Мы также можем раскрывать Вашу информацию, если это необходимо для уменьшения серьёзной и непосредственной угрозы здоровью или безопасности.

В следующих случаях мы никогда не раскрываем Вашу информацию без Вашего письменного разрешения:

- Продвижение своих товаров и услуг
- Продажа Вашей информации
- Большинство случаев раскрытия

психотерапевтических записей В случае сбора средств:

- Мы можем связаться с Вами для сбора средств, но Вы можете попросить нас больше не обращаться к Вам.

Использование и раскрытие информации нашей организацией

Как обычно мы используем или раскрываем Вашу медицинскую информацию?

Как правило, мы используем или раскрываем Вашу медицинскую информацию в следующих случаях.

Ваше лечение

Мы можем использовать Вашу медицинскую информацию и делиться ей с другими специалистами, которые Вас лечат.

Например: врач, лечащий Вашу травму, спрашивает другого врача об общем состоянии Вашего здоровья.

Ведение деятельности нашей организации

Мы можем использовать и раскрывать Вашу медицинскую информацию для управления нашей клиникой, улучшения качества Вашего лечения и связи с Вами в случае необходимости.

Например: мы используем Вашу медицинскую информацию для организации Вашего лечения и оказания Вам услуг.

Выставление счетов за оказанные Вам услуги

Мы можем использовать и раскрывать Вашу медицинскую информацию для выставления счетов и получения платежей от компаний медицинского страхования или других организаций.

Например: мы передаем информацию о Вас Вашей страховой компании, чтобы она оплатила оказанные Вам услуги.

Какими ещё способами мы можем использовать или раскрывать Вашу медицинскую информацию?

Мы имеем право или обязаны делиться Вашей информацией иными способами — как правило, такими, которые способствуют общественному благу, например, в сфере общественного здравоохранения и научных исследований. Прежде чем мы сможем передать Вашу информацию для этих целей, мы должны выполнить множество условий, предусмотренных законом. Для получения дополнительной информации посетите веб-сайт www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Помощь в вопросах общественного здравоохранения и безопасности

Мы можем раскрывать Вашу медицинскую информацию в определенных случаях, включая следующие:

- Профилактика заболеваний
- Помощь с отзывом продукции
- Сообщение о нежелательных реакциях на лекарственные препараты
- Сообщение о подозрении на жестокое обращение, пренебрежение обязанностями по уходу и присмотру или домашнее насилие
- Предотвращение или уменьшение серьезной угрозы здоровью или безопасности любого человека

Проведение исследований

Мы можем использовать или раскрывать Вашу информацию в целях медицинских исследований.

Соблюдение законодательства

Мы раскрываем Вашу информацию, если этого требуют законы штата или федеральные законы, в том числе Департаменту здравоохранения и социальных служб США, если там хотят проверить, следуем ли мы требованиям федерального закона о конфиденциальности.

Ответы на запросы о донорстве органов и тканей

Мы можем раскрывать Вашу медицинскую информацию организациям, закупающим органы.

Взаимодействие с судмедэкспертом или владельцем бюро похоронных услуг

Мы можем передавать медицинскую информацию человека коронеру, судебно-медицинскому эксперту или владельцу похоронного бюро после смерти человека.

Рассмотрение запросов, касающихся компенсаций работникам, правоохранительных органов и других государственных органов

Мы можем использовать или раскрывать Вашу медицинскую информацию:

- Для требований компенсаций работникам
- В целях обеспечения правопорядка или по запросу представителей правоохранительных органов
- Органам надзора в сфере здравоохранения для действий, разрешённых законом
- Для выполнения специальных государственных функций, таких как военное обеспечение, обеспечение национальной безопасности и охрана президента

Ответы на судебные иски и юридические действия

Мы можем предоставлять Вашу медицинскую информацию в ответ на постановление суда или административного органа, а также в ответ на повестку в суд.

Наши обязанности

- Конфиденциальность медицинских записей пациентов с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ. Мы не будем раскрывать информацию из записей о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, без Вашего письменного согласия или постановления суда, за исключением случаев, разрешённых законом, когда это требуется для оказания неотложной медицинской помощи.
- ВИЧ и заболевания, связанные со СПИДом. Мы не будем разглашать результаты каких-либо тестов на ВИЧ или информацию о заболеваниях, связанных со СПИДом, без Вашего письменного согласия или постановления суда, за исключением случаев, предусмотренных законом.
- В соответствии с законом мы обязаны обеспечивать конфиденциальность и безопасность Вашей защищённой медицинской информации.
- Мы незамедлительно уведомим Вас в случае утечки данных, которая могла поставить под угрозу конфиденциальность или безопасность Вашей информации.
- Мы должны соблюдать обязанности и правила обращения с конфиденциальной информацией, описанные в данном уведомлении, и предоставить Вам его копию.
- Мы не будем использовать или раскрывать Вашу информацию иным образом, кроме описанного здесь, если Вы не дадите нам на это письменное разрешение. Если Вы дадите нам такое разрешение, Вы можете изменить своё решение в любое время. Если Вы передумаете, сообщите нам об этом в письменной форме.

Для получения дополнительной информации посетите веб-сайт:
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Если у Вас возникнут претензии к порядку обращения с конфиденциальной информацией или вопросы по поводу данного уведомления, свяжитесь с нашим сотрудником, ответственным за вопросы обеспечения конфиденциальности.

Dr. Michelle Daniels
Cincinnati Health Department
3101 Burnet Avenue
Cincinnati, OH 45229
телефон (513) 357-7200
CHDprivacyofficer@cincinnati-oh.gov

Изменение условий данного уведомления

Мы можем изменить условия данного уведомления, и эти изменения будут применяться ко всей информации о Вас, которой мы располагаем. Новое уведомление будет доступно по запросу в нашем офисе и на нашем веб-сайте.

Данное уведомление действительно с 1 июня 2022 г.