

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРОЦЕДУРАХ **ОБЕСПЕЧЕНИЯ** **КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ**

Дата вступления в силу: 12 июля 2017
года. Обновлено: 1 мая 2024 года.

В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ О ПРОЦЕДУРАХ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ (ДАЛЕЕ «УВЕДОМЛЕНИЕ») ОПИСАНЫ СПОСОБЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ИНФОРМАЦИИ О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ, А ТАКЖЕ ПОЛУЧЕНИЯ ВАМИ ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С НАСТОЯЩИМ ДОКУМЕНТОМ.

HSS West Side ASC ("HSS ASC") придает большое значение защите конфиденциальности своих пациентов. Это не только то, чего ожидают наши пациенты, это правильный способ оказания медицинской помощи. В соответствии с требованиями закона мы будем защищать конфиденциальность медицинской информации, которая может раскрыть Вашу личность, и предоставим Вам копию нашего Уведомления, в котором описываются правила конфиденциальности медицинской информации HSS ASC, её медицинского персонала и аффилированных поставщиков медицинских услуг при предоставлении медицинских услуг по лечению для HSS ASC. Наше Уведомление будет размещено на видном месте. Вы также сможете получить собственную копию нашего Уведомления, зайдя на наш веб-сайт по адресу <https://www.hss.edu/west-side-asc.asp>, позвонив в HSS ASC по телефону (646) 495-3300 или попросив его во время Вашего следующего визита.

Если у Вас есть какие-либо вопросы об этом Уведомлении или Вам нужна дополнительная информация, свяжитесь с сотрудником HSS ASC по вопросам конфиденциальности по телефону (646) 495-3300.

КТО БУДЕТ ВЫПОЛНЯТЬ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ ПРОЦЕДУРЫ?

HSS West Side ASC ("HSS ASC") предоставляет медицинские услуги пациентам вместе с врачами и другими медицинскими работниками и организациями. Описанные в настоящем Уведомлении процедуры обеспечения конфиденциальности будут соблюдать:

- Любой медицинский работник, непосредственно предоставляющий Вам медицинские услуги в HSS ASC; и
- Все сотрудники, медицинский персонал, ординаторы, студенты и добровольцы HSS ASC, непосредственно предоставляющие услуги HSS ASC.

Описанные в настоящем Уведомлении процедуры обеспечения конфиденциальности не будут применимы в тех случаях, когда услуги оказываются в частных кабинетах медицинского персонала HSS ASC или других медицинских работников. Например, описанные в настоящем Уведомлении процедуры обеспечения конфиденциальности будут применимы, если врач оказывает Вам хирургические услуги в HSS ASC. Если у Вас повторный прием у того же врача в его или её частном кабинете, процедуры обеспечения конфиденциальности, описанные в настоящем уведомлении, не применяются. Врач должен предоставить Вам отдельное уведомление с описанием процедур обеспечения конфиденциальности, применяемых в его или её частном кабинете. Кроме того, правила конфиденциальности, описанные в настоящем Уведомлении, не распространяются на членов медицинского персонала HSS ASC или других наших сотрудников, когда они лечат Вас в других больницах или учреждениях.

РАЗРЕШЕНИЯ, ОПИСАННЫЕ В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ

В настоящем уведомлении описаны различные типы разрешений, которые мы должны получить от Вас, прежде чем использовать или раскрывать информацию о Вашем здоровье в определенных целях. В настоящем Уведомлении упоминаются два типа разрешений:

- «Возможность возразить», которую мы предоставим Вам, прежде чем мы сможем использовать или раскрывать Вашу медицинскую информацию для определенных целей. В таких ситуациях у Вас будет возможность возразить против использования или раскрытия Вашей медицинской информации лично, по телефону или в письменной форме.
- «Письменное разрешение», в котором мы предоставим Вам подробную информацию о том, кто может получать информацию о Вашем здоровье для определенных целей. Нам будет разрешено использовать и передавать только ту информацию о Вашем здоровье, которая описана в письменном разрешении, и способами, которые поясняются в подписанной Вами форме письменного разрешения. Письменное разрешение будет иметь дату истечения срока.

КАКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ НАХОДИТСЯ ПОД ЗАЩИТОЙ

Мы стремимся защищать конфиденциальность информации, которую мы собираем о Вас при предоставлении медицинских услуг. Вот некоторые примеры того, какая информация находится под защитой:

- информация о том, что Вы являетесь пациентом HSS ASC или получаете лечение или другие медицинские услуги от HSS ASC;
- информация о состоянии Вашего здоровья (например, о заболевании, которое у Вас может быть);
- информация о медицинских продуктах или услугах, которые Вы получили или можете получить в будущем (например, в случае операции); или
- информация о Ваших медицинских льготах в рамках плана страхования (например, покрывается ли стоимость рецепта);

в сочетании с:

- информацией демографического характера (например, Ваше имя, адрес, данные о страховке);
- уникальными номерами, которые могут Вас идентифицировать (например, номер социального страхования, номер телефона или номер водительского удостоверения); или
- прочими типами информации, которые могут Вас идентифицировать.

КАК МЫ МОЖЕМ ИСПОЛЬЗОВАТЬ И РАСКРЫВАТЬ ИНФОРМАЦИЮ О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ

Требование о наличии письменного разрешения. Обычно мы получаем Ваше письменное согласие, прежде чем использовать Вашу медицинскую информацию или передавать её другим лицам за пределами HSS ASC.

Исключения из требования письменного согласия. В некоторых ситуациях нам не требуется Ваше письменное разрешение, прежде чем использовать Вашу медицинскую информацию или делиться ею с другими. Следующие ситуации:

1. Лечение, оплата и медицинское обслуживание

Мы можем использовать Вашу медицинскую информацию или передавать ее другим лицам для лечения Вашего заболевания, получения оплаты за это лечение и проведения наших медицинских операций. В некоторых случаях мы также можем раскрывать Вашу медицинскую информацию для осуществления платежных операций и определенных медицинских операций другого поставщика медицинских услуг или плательщика.

Лечение. Мы можем передавать Вашу медицинскую информацию врачам, младшему медицинскому персоналу и другим поставщикам медицинских услуг в HSS ASC, принимающим участие в Вашем лечении. Они, в свою очередь, могут использовать эту информацию для определения Вашего диагноза и лечения. Врач HSS ASC может поделиться информацией о здоровье пациента с другим врачом внутри HSS ASC или врачом другой больницы для уточнения диагноза или лечения. Ваш врач также может передать Вашу медицинскую информацию другому врачу, к которому Вас направили для продолжения медицинского обслуживания.

Оплата. Мы можем использовать Вашу медицинскую информацию или передавать её другим лицам, чтобы получить оплату за Ваши медицинские услуги. Например, мы можем передать информацию о Вас медицинской страховой компании, чтобы получить возмещение после того, как мы Вас вылечили, или определить, оплатит ли она Ваше лечение. Нам также может потребоваться информировать Вашу медицинскую страховую компанию о состоянии Вашего здоровья, чтобы получить предварительное одобрение для Вашего лечения. Наконец, мы можем передавать Вашу информацию другим поставщикам медицинских услуг и плательщикам для их платежной деятельности.

Организационные мероприятия. Мы можем использовать Вашу медицинскую информацию или делиться ею с другими для проведения наших мероприятий по оказанию медицинской помощи. Например, мы можем использовать Вашу медицинскую информацию для оценки эффективности работы наших сотрудников по уходу за Вами или для обучения наших сотрудников тому, как улучшить предоставляемый ими уход. Наконец, мы можем передавать Вашу медицинскую информацию другим поставщикам медицинских услуг и плательщикам для определенных операций по медицинскому обслуживанию, если эта информация связана с отношениями, которые поставщик или плательщик имеет с Вами в настоящее время или имел ранее, а также если поставщик или плательщик обязан в соответствии с федеральным законом защищать конфиденциальность Вашей медицинской информации.

Напоминания о визитах, альтернативы лечения или распределение медицинских льгот и услуг. В ходе лечения мы можем использовать Вашу медицинскую информацию, чтобы связаться с Вами и напомнить о том, что у Вас назначена встреча для лечения или услуг в нашем учреждении. Мы также можем использовать Вашу медицинскую информацию, чтобы рекомендовать возможные альтернативные варианты лечения или потенциально интересные для Вас льготы и услуги, связанные со здоровьем. Однако в тех случаях, когда третья сторона предоставляет нам финансовое вознаграждение за то, чтобы мы передавали Вам эти сообщения, связанные с лечением или медицинскими операциями, мы заранее заручаемся Вашим разрешением, как это делается в случае любых других маркетинговых сообщений (как описано далее в настоящем Уведомлении).

Бизнес-партнеры. Мы можем раскрывать Вашу медицинскую информацию подрядчикам, агентам и другим деловым партнерам, которым эта информация необходима для оказания нам помощи в получении оплаты или проведении операций по оказанию медицинской помощи. Например, мы можем передать Вашу медицинскую информацию компании по выставлению счетов, которая поможет нам получить оплату от Вашей страховой компании. Другим примером является то, что мы можем передать Вашу медицинскую информацию бухгалтерской фирме или юридической фирме, которая предоставляет нам профессиональные консультации о том, как улучшить наши медицинские услуги и соблюдать закон. Если мы раскроем Вашу медицинскую информацию деловому партнеру, у нас будет письменный договор, который обязывает нашего делового партнера защищать конфиденциальность Вашей медицинской информации. Мы также можем разрешить нашим деловым партнерам деидентифицировать Вашу медицинскую информацию для использования в интересах HSS ASC или в интересах делового партнера или создавать, использовать и раскрывать ограниченные наборы данных, как описано ниже в разделе «Полностью Обезличенная или частично обезличенная информация».

2. Справочник пациентов, родственников и друзей

Мы можем использовать Вашу медицинскую информацию и раскрывать её в нашем Справочнике пациентов или делиться ею с семьей и друзьями, участвующими в Вашем лечении, без Вашего письменного разрешения. У Вас будет возможность возразить против такого использования и раскрытия Вашей медицинской информации, за исключением случаев необходимости оказания Вам неотложной медицинской помощи (в этом случае мы поговорим с Вами о предпочтениях, как только чрезвычайная ситуация закончится). Мы выполним Ваши пожелания, если по закону от нас не потребуется иное.

Справочник пациентов. Если Вы не возражаете, мы включим Ваше имя, местонахождение в нашем учреждении, Ваше общее состояние (например, удовлетворительное, стабильное, критическое и т.д.), а также Вашу религиозную принадлежность в наш Справочник пациента, пока Вы являетесь пациентом HSS ASC. Эта справочная информация, за исключением Вашей религиозной принадлежности, может быть раскрыта людям, которые спросят Вас по имени. Ваша религиозная принадлежность может быть сообщена представителю духовенства, например священнику или раввину, даже если он или она не спрашивает о Вас по имени.

Семья и друзья, участвующие в Вашем лечении. Если Вы не возражаете, мы можем поделиться медицинской информацией с семьей, родственниками или друзьями, участвующими в Вашем лечении или оплате этого лечения. Мы также можем уведомить члена семьи, личного представителя или другое лицо, ответственное за Ваше обслуживание, о Вашем местонахождении и общем состоянии здесь, в HSS ASC. В некоторых случаях нам может потребоваться передать Вашу информацию организации по оказанию помощи при стихийных бедствиях, которая поможет нам уведомить этих лиц.

3. Чрезвычайные ситуации или общественная необходимость

Мы можем использовать Вашу медицинскую информацию и делиться ею с другими для оказания Вам помощи в чрезвычайной ситуации или для удовлетворения важных общественных потребностей. Нам не потребуется получать Ваше письменное разрешение или предоставлять Вам возможность возразить, прежде чем мы будем использовать или раскрывать Вашу медицинскую информацию по этим причинам. Однако мы получим Ваше письменное разрешение или предоставим Вам возможность возразить против использования и раскрытия Вашей медицинской информации в тех ситуациях, когда закон штата прямо требует от нас этого.

Чрезвычайные ситуации. Мы можем использовать или раскрывать Вашу медицинскую информацию, если Вам требуется неотложная помощь или если по закону мы обязаны Вас лечить.

В соответствии с требованиями закона. Мы можем использовать или раскрывать информацию о Вашем здоровье, если это требуется по закону. Мы уведомим Вас о таком использовании или раскрытии информации, если уведомление предусмотрено законом.

Мероприятия в сфере общественного здравоохранения. Мы можем раскрывать Вашу медицинскую информацию уполномоченным должностным лицам общественного здравоохранения (или иностранному правительственному учреждению, сотрудничающему с такими должностными лицами), чтобы они могли осуществлять свою деятельность в области общественного здравоохранения. Например, мы можем передавать Вашу медицинскую информацию государственным чиновникам, которые отвечают за контроль заболеваний, травм или инвалидности. Мы также можем раскрыть Вашу медицинскую информацию лицу, которое могло быть подвержено инфекционному заболеванию или подвергаться риску заражения или распространения заболевания, если закон требует или разрешает нам это сделать. И, наконец, мы можем предоставить некоторую информацию о Вашем здоровье Вашему работодателю, если Ваш работодатель наймет нас для проведения медосмотра, и мы обнаружим, что у Вас есть производственная травма или заболевание, о которых Ваш работодатель должен знать, чтобы соблюдать трудовое законодательство.

Жестокое обращение, пренебрежение или домашнее насилие. Мы можем передать Вашу медицинскую информацию органу общественного здравоохранения, уполномоченному получать сообщения о жестоким обращении, пренебрежении или домашнем насилии. Например, мы можем передать Вашу информацию государственным чиновникам, если у нас есть основания полагать, что Вы стали жертвой такого жестокого обращения, пренебрежения или домашнего насилия. Мы приложим все усилия, чтобы получить Ваше разрешение, прежде чем передавать эту информацию, но в некоторых случаях от нас могут потребовать или мы будем уполномочены действовать без Вашего разрешения.

Деятельность по надзору за здоровьем. Мы можем передать Вашу медицинскую информацию государственным органам, уполномоченным проводить аудит, расследования и проверки нашего учреждения. Эти правительственные учреждения контролируют работу системы здравоохранения, государственных программ льгот, таких как Medicare и Medicaid, а также соблюдение государственных регулирующих программ и законов о гражданских правах.

Мониторинг, ремонт и отзыв продукции. Мы можем раскрыть Вашу медицинскую информацию лицу или компании, деятельность которых регулируется Управлением по контролю за продуктами и лекарствами, с целью: (1) сообщать или отслеживать дефекты или проблемы продукта; (2) ремонт, замена или отзыв дефектной или опасной продукции; или (3) мониторинг характеристик продукта после того, как он был одобрен для использования широкой публикой.

Судебные иски и споры. Мы можем раскрыть Вашу медицинскую информацию, если нам прикажет сделать это суд или административный трибунал, рассматривающий судебный иск или другой спор.

Правоохранительные органы. Мы можем раскрыть Вашу медицинскую информацию сотрудникам правоохранительных органов по следующим причинам:

- для выполнения постановлений суда или законов, которые мы обязаны соблюдать;
- оказать помощь сотрудникам правоохранительных органов в идентификации или местонахождении подозреваемого, беглеца, свидетеля или пропавшего без вести человека;
- Если Вы стали жертвой преступления, и мы установили, что: (1) нам не удалось получить Ваше согласие из-за чрезвычайной ситуации или Вашей недееспособности; (2) должностным лицам правоохранительных органов эта информация необходима немедленно для выполнения своих правоохранительных обязанностей; и (3) по нашему профессиональному мнению, раскрытие информации этим должностным лицам отвечает Вашим интересам;
- если мы предполагаем, что Ваша смерть наступила в результате преступного поведения;
- при необходимости сообщить о преступлении, произошедшем на нашей территории; или
- при необходимости сообщить о преступлении, обнаруженном во время выездной неотложной медицинской помощи (например, специалистами скорой медицинской помощи на месте преступления).

Чтобы предотвратить серьёзную и непосредственную угрозу здоровью или безопасности. Мы можем использовать Вашу медицинскую информацию или делиться ею с другими, когда это необходимо, чтобы предотвратить серьёзную и непосредственную угрозу Вашему здоровью или безопасности, а также здоровью или безопасности другого человека или общества. В таких случаях мы передадим Вашу информацию только тому, кто сможет помочь предотвратить угрозу. Мы также можем раскрыть Вашу медицинскую информацию сотрудникам правоохранительных органов, если Вы сообщите нам, что участвовали в насильственном преступлении, которое могло причинить серьёзный физический вред другому человеку (если Вы не признали этот факт во время консультации), или если мы установим, что Вы сбежали из законного места содержания под стражей (например, из тюрьмы или психиатрической клиники).

Национальная безопасность и разведывательная деятельность или службы защиты. Мы можем раскрыть Вашу медицинскую информацию уполномоченным федеральным должностным лицам, которые осуществляют защиту национальной безопасности и разведывательную деятельность или предоставляют услуги по защите президента или других важных должностных лиц.

Военнослужащие и ветераны вооруженных сил. Если Вы служите в вооруженных силах, мы можем раскрыть информацию о Вашем здоровье соответствующему военному командованию для действий, которые оно сочтет необходимыми для выполнения своей военной миссии. Мы также можем передавать информацию о состоянии здоровья иностранных военнослужащих соответствующему иностранному военному органу.

Заключенные и исправительные учреждения. Если Вы являетесь заключенным или задержаны сотрудником правоохранительных органов, мы можем раскрыть Вашу медицинскую информацию тюремным служащим или сотрудникам правоохранительных органов, если это необходимо для предоставления Вам медицинской помощи или для поддержания безопасности, охраны и порядка в месте, где Вы содержитесь в заключении. Это включает в себя обмен информацией, необходимой для защиты здоровья и безопасности других заключенных или лиц, участвующих в надзоре за заключенными или их транспортировке.

Компенсация работникам. Мы можем раскрыть Вашу медицинскую информацию для выплаты компенсаций работникам или аналогичных программ, которые предоставляют льготы в случае травм, связанных с работой.

Следователи, судмедэксперты и похоронные бюро. В случае Вашей смерти мы можем раскрыть информацию о Вашем здоровье следователю или судебно-медицинскому эксперту. Это может понадобиться, к примеру, для установления причин смерти. Мы также можем передать Вашу медицинскую информацию организаторам похорон, если это необходимо для выполнения их обязанностей.

Донорство органов и тканей. В прискорбном случае Вашей смерти мы можем раскрыть информацию о Вашем здоровье организациям, которые закупают или хранят органы, глаза или другие ткани, чтобы эти организации могли выяснить, возможно ли донорство или трансплантация в соответствии с действующим законодательством.

Исследования. В большинстве случаев от пациентов требуется разрешение на использование информации о здоровье или передачу ее для проведения исследований. При определенных обстоятельствах мы можем использовать Вашу медицинскую информацию или передавать её другим лицам для проведения исследований без Вашего письменного разрешения, если мы получим разрешение в рамках специальной процедуры, гарантирующей, что исследования без Вашего письменного разрешения представляют минимальный риск для конфиденциальности. Однако ни при каких обстоятельствах мы не позволим исследователям публично использовать Ваше имя или личность. Мы также можем без Вашего письменного разрешения раскрыть Вашу медицинскую информацию людям, которые готовят будущий исследовательский проект, при условии, что любая идентифицирующая Вас информация не покинет пределы нашего учреждения. В случае Вашей смерти мы можем поделиться Вашей медицинской информацией с лицами, занимающимися исследованиями с использованием информации умерших людей, при условии, что они не будут использовать идентифицирующую Вас информацию. Как описано ниже в разделе под названием «Полностью или частично обезличенная информация», мы и наши деловые партнеры можем создавать, использовать или распространять ограниченные наборы данных, содержащих полностью или частично обезличенную информацию о пациентах, для исследовательских целей без разрешения пациентов.

Сбор денежных средств. Сбор денежных средств – это коммуникация от HSS ASC или от одного из деловых партнеров HSSFP, либо от связанной с HSS ASC поддерживающей организации, именуемой The Hospital for Special Surgery Fund, Inc. («Фонд Больницы специализированной хирургии», «Фонд»), с целью сбора денежных средств для дальнейшего выполнения задач HSSFP и связанных с HSS ASC организаций по уходу за пациентами, проведения исследований и обучения, включая призывы к сбору средств или спонсирование мероприятий. Для сбора денежных средств мы можем использовать определенные сведения о Вас, к которым могут относиться демографические данные (такие как Ваши возраст, дата рождения, пол и место проживания или работы), Ваш страховой статус, дни, когда Вам оказывались наши услуги, а также информация об отделении HSS ASC, где Вам оказывались услуги, данные Вашего лечащего врача (врачей) и результаты Вашего лечения. Мы также можем поделиться этой информацией с Фондом или другими благотворительными организациями, которые обратятся к Вам с просьбой о сборе средств от имени HSS ASC и аффилированных лиц. Однако у пациентов есть право отказаться от дальнейших сообщений относительно привлечения средств, это можно сделать, воспользовавшись инструкциями по отказу, которые содержатся в таких сообщениях.

4. Полностью или частично обезличенная информация

Мы и наши партнеры можем использовать и раскрывать Вашу медицинскую информацию, если мы или наши партнеры удалили любую информацию, которая может идентифицировать Вас, таким образом медицинская информация является «полностью обезличенной». На такую обезличенную информацию перестают распространяться условия данного Уведомления. Мы и наши партнеры также можем использовать и раскрывать «частично обезличенную» медицинскую информацию, известную как «ограниченный набор данных» о Вас в целях исследований, общественного здравоохранения или оказания медицинской помощи, если лицо, которое получит ограниченный набор данных, подписывает соглашение о защите конфиденциальности информации в соответствии с требованиями федерального законодательства и законодательства штата. Ограниченные данные *не* содержат напрямую идентифицирующую Вас информацию (например, Ваше имя, название улицы, номер социального страхования, номер телефона, номер налогоплательщика, факс, адрес электронной почты, адрес веб-сайта, номер лицензии).

5. Случайное раскрытие информации

Несмотря на то, что мы предпримем разумные меры для защиты конфиденциальности Вашей медицинской информации, определенное раскрытие медицинской информации может произойти во время или как неизбежный результат разрешенного нами использования или раскрытия Вашей медицинской информации. Например, во время сеанса лечения другие пациенты в зоне лечения могут видеть или подслушивать обсуждение Вашей медицинской информации.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, ТРЕБУЮЩЕЙ РАЗРЕШЕНИЯ

Как указано выше, HSS ASC не может и не будет использовать или раскрывать Вашу медицинскую информацию без Вашего письменного разрешения по любой причине, кроме описанной в настоящем Уведомлении. Например, нам требуется Ваше письменное разрешение в большинстве случаев использования или раскрытия Вашей медицинской информации в определенных маркетинговых целях, для продажи медицинской информации или в отношении ведения записей психотерапевтом (где это применимо). Кроме того, Вы можете стать инициатором передачи Ваших записей другому лицу или организации, заполнив форму авторизации.

Если Вы предоставите нам письменное разрешение, Вы сможете в любое время отозвать или отменить это письменное разрешение, за исключением случаев, когда мы уже воспользовались им. Если Вы отзовете разрешение, мы больше не будем использовать или раскрывать Вашу медицинскую информацию по причинам, указанным в Вашем письменном разрешении. Ваш отзыв не повлияет на любое использование или раскрытие информации, которые мы уже сделали до даты получения уведомления об отзыве. Чтобы отозвать письменное разрешение, напишите по адресу: HSS West Side ASC, Attn. Privacy Officer, 610 West 58th Street, New York, NY 10019.

ВАШИ ПРАВА НА ДОСТУП К ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ И КОНТРОЛЬ ЗА НЕЮ

Мы хотим, чтобы Вы знали, что у Вас есть следующие права на доступ к своей медицинской информации и управление ею. Эти права важны, поскольку они помогут Вам убедиться в том, что имеющаяся у нас о Вас медицинская информация является точной. Они также могут помочь Вам контролировать то, как мы используем Вашу информацию и делимся ею с другими, или то, как мы общаемся с Вами по Вашим медицинским вопросам.

1. Право на ознакомление с записями и их копирование

Вы имеете право своевременно проверять и получать от нас копию, в том числе электронную копию, любой личной медицинской информации, которая может быть использована для принятия решений относительно Вас и Вашего лечения, в течение срока, поскольку мы храним эту информацию в наших записях. Медицинские и расчетные документы включительно.

Как подать запрос: чтобы проверить свою медицинскую информацию или получить её копию, отправьте запрос в письменном виде по адресу: HSS West Side ASC, Attn. Privacy Officer, 610 West 58th Street, New York, NY 10019. Запрос на проверку или получение копии Вашей медицинской информации должен включать: (1) желаемую форму или формат доступа; (2) описание медицинской информации, к которой относится запрос; и (3) соответствующую контактную информацию.

Стоимость: если Вы запрашиваете копию информации, мы можем взимать плату за расходы на копирование, отправку по почте или другие материалы, которые мы используем для выполнения Вашего запроса. Стандартная плата составляет 0,75 доллара США за страницу и, как правило, должна быть оплачена до или во время передачи Вам копий.

Форма и формат: если запрашиваемая Вами информация хранится в электронном виде, мы предоставим информацию в запрошенной Вами форме и формате, если информацию можно легко воспроизвести в этом формате, а если нет, мы достигнем с Вами соглашения об альтернативном читаемом электронном формате.

Время ответа: мы ответим на Ваш запрос на проверку записей в течение 10 дней. Как правило, мы отвечаем на запросы о предоставлении копий в течение 30 дней. Если нам потребуется дополнительное время для ответа на запрос о копиях, мы уведомим Вас в письменной форме в течение указанного выше срока, объяснив причину задержки и время, когда Вы можете ожидать получения окончательного ответа на Ваш запрос.

Если Ваш запрос отклонен: при определенных очень ограниченных обстоятельствах мы можем отклонить Ваш запрос на проверку или получение копии Вашей информации. В этом случае мы можем вместо этого предоставить Вам краткое изложение информации. Мы также предоставим письменное уведомление, объясняющее причины, по которым мы предоставили только краткое описание, и полное описание Ваших прав на пересмотр этого решения и того, как Вы можете реализовать эти права. В уведомлении также будет содержаться информация о том, как подать жалобу по этим вопросам нам или секретарю Министерства здравоохранения и социальных служб. Если у нас есть основания отклонить только часть Вашего запроса, мы предоставим полный доступ к остальным частям, исключив информацию, которую мы не позволим Вам проверять или копировать.

2. Право вносить изменения в записи

Если Вы считаете, что имеющаяся у нас медицинская информация о Вас неверна или неполна, Вы можете попросить нас исправить эту информацию. Вы имеете право запросить изменение до тех пор, пока информация хранится в наших записях.

Как подать запрос: чтобы запросить поправку, напишите в HSS West Side ASC, Attn. Privacy Officer, 610 West 58th Street, New York, NY 10019. Запрос на изменение Вашей медицинской информации должен включать описание запрашиваемой поправки и причины, по которым Вы считаете, что нам следует внести такую поправку.

Время ответа: обычно мы отвечаем на Ваш запрос в течение 60 дней. Если нам потребуется дополнительное время для ответа, мы в течение 60 дней уведомим Вас в письменной форме о причине задержки и дате, когда Вы можете ожидать получения ответа на Ваш запрос.

Если Ваш запрос отклонен: Ваш запрос на изменение может быть отклонен, если Вы запрашиваете изменение медицинской информации, которая, как мы установили: (1) не была создана HSS ASC, за исключением случаев, когда её автор медицинской информации больше не доступен для внесения в неё изменений; (2) не является частью записей HSS ASC; (3) не является медицинской информацией, которую Вам будет разрешено проверять или копировать; или (4) является точной и полной.

Если мы частично или полностью отклоним Ваш запрос, мы предоставим письменное уведомление с объяснением причин этого отказа. Вы будете иметь право на включение определенной информации, связанной с запрошенной Вами поправкой, в Ваши записи. Например, если Вы не согласны с нашим решением, у Вас будет возможность подать заявление с объяснением своего несогласия, которое мы включим в Ваши записи. Мы также предоставим Вам информацию о том, как подать жалобу нам или секретарю Министерства здравоохранения и социальных служб. Эти процедуры будут объяснены более подробно в любом письменном уведомлении об отказе, которое мы отправим Вам.

3. Право на отчет о раскрытии информации

Вы имеете право запросить «отчет о раскрытии информации», в котором будут указаны определенные другие лица или организации, которым мы раскрыли Вашу медицинскую информацию в течение предыдущих шести лет, в соответствии с применимым законодательством и средствами защиты, предусмотренными в настоящем Уведомлении. Отчет о раскрытии информации не описывает способы, которыми Ваша медицинская информация была передана в HSS ASC, при условии, что были соблюдены все другие меры защиты, описанные в этом Уведомлении (например, получение необходимых разрешений перед передачей Вашей медицинской информации нашим врачам в научно-исследовательских целях).

Отчет о раскрытии также не включает информацию о следующих раскрытиях информации:

- раскрытие информации, которую мы предоставили Вам или Вашему личному представителю;
- раскрытие информации, которое мы выполнили в соответствии с Вашим письменным разрешением;
- раскрытие информации для целей лечения, оплаты или медицинского обслуживания;
- раскрытие информации из справочника пациентов;
- раскрытие информации Вашим друзьям и родственникам, участвующим в Вашем лечении или его оплате;
- раскрытие информации, не связанное с разрешенным использованием и раскрытием Вашей медицинской информации (например, когда информацию подслушивает другой проходивший мимо пациент);

- раскрытие информации в целях исследований, общественного здравоохранения или нашей медицинской деятельности ограниченной части Вашей медицинской информации, которая не идентифицирует Вас напрямую;
- раскрытие информации федеральным чиновникам в целях национальной безопасности и разведывательной деятельности; и
- раскрытие информации о заключенных исправительным учреждениям или сотрудникам правоохранительных органов.

Как подать запрос: чтобы запросить отчет о раскрытии информации, напишите по адресу: HSS West Side ASC, Attn. Privacy Officer, 610 West 58th Street, New York, NY 10019. В запросе должен быть указан период времени в течение последних шести лет для раскрытия информации, которую Вы хотите, чтобы мы включили в отчет. Вы имеете право бесплатно получать один отчет в течение каждых 12 месяцев. Однако мы можем взимать с Вас плату за предоставление дополнительного отчета в течение того же 12-месячного периода. Мы всегда будем уведомлять Вас о любых связанных с этим расходах, чтобы Вы могли отозвать или изменить свой запрос до того, как будут понесены какие-либо расходы. Объем Вашего права на запрос отчета может время от времени меняться в соответствии с изменениями в федеральном законе или законе штата.

Время ответа: обычно мы отвечаем на запрос отчета в течение 60 дней. Если нам потребуется дополнительное время для подготовки запрошенной Вами отчетности, мы уведомим Вас в письменной форме о причине задержки и дате, когда Вы можете ожидать получения отчетности. В редких случаях нам, возможно, придется отложить предоставление Вам отчета, без уведомления, потому что нас попросил об этом сотрудник правоохранительных органов или правительственный орган.

4. Право запросить дополнительную защиту конфиденциальности, включая ограничение раскрытия информации планам медицинского страхования

Вы имеете право потребовать, чтобы мы дополнительно ограничили использование и раскрытие Вашей медицинской информации для лечения Вашего заболевания, сбора оплаты за это лечение или ведения нашей медицинской деятельности. Вы также можете потребовать, чтобы мы ограничили раскрытие информации о Вас членам семьи или друзьям, участвующим в Вашем лечении. Например, Вы можете потребовать, чтобы мы не разглашали информацию о перенесенной операции. Кроме того, Вы имеете право ограничить раскрытие определенной защищенной медицинской информации планом медицинского обслуживания, в котором Вы платите или другое лицо от Вашего имени платит из своего кармана в полном объеме за товар или услугу медицинского обслуживания.

Как подать запрос: чтобы запросить ограничения, напишите в HSS West Side ASC, Attn. Privacy Officer, 610 West 58th Street, New York, NY 10019. В запросе должно быть указано, (1) использование какой информации Вы хотите ограничить; (2) хотите ли Вы ограничить то, как мы используем информацию, как мы делимся ею с другими, или и то, и другое; и (3) к кому Вы хотите применить ограничения.

Мы не всегда обязаны соглашаться: мы не всегда обязаны соглашаться на Ваш запрос об ограничении, а в некоторых случаях запрашиваемое Вами ограничение может быть не разрешено законом. Нам не нужно соглашаться на ограничение, если (i) раскрытие информации осуществляется в целях осуществления платежей или операций по оказанию медицинской помощи и не требуется по закону, и (ii) медицинская информация относится только к предмету или услуге медицинского обслуживания, которые Вы или кто-то от Вашего имени оплатили из собственных средств и в полном объеме. *Однако, если мы согласимся, мы будем связаны нашим соглашением, за исключением случаев, когда информация необходима для оказания Вам неотложной помощи или соблюдения закона.* После того как мы согласились на ограничение, Вы имеете право отменить ограничение в любое время. При некоторых обстоятельствах мы также будем иметь право отменить ограничение, если мы уведомим Вас перед этим; в других случаях нам понадобится Ваше разрешение, прежде чем мы сможем снять ограничение.

5. Право на запрос конфиденциальных сообщений

Вы имеете право потребовать, чтобы мы общались с Вами по Вашим медицинским вопросам в более конфиденциальной форме, попросив, чтобы мы общались с Вами с помощью других средств или в других местах. Например, Вы можете попросить звонить Вам домой, а не на работу.

Как подать запрос: для большей коммуникативной конфиденциальности напишите по адресу: HSS West Side ASC, Attn. Privacy Officer, 610 West 58th Street, New York, NY 10019. *Мы не будем спрашивать причину Вашего запроса и постараемся удовлетворить все разумные запросы.* Пожалуйста, укажите в своем запросе, как и где Вы хотите, чтобы с Вами связались, и как будет осуществляться оплата Вашего медицинского обслуживания, если мы свяжемся с Вами через этот альтернативный метод или в альтернативном месте.

6. Право на уведомление о нарушении конфиденциальности незащищенной медицинской информации

В соответствии с законом мы обязаны обеспечить конфиденциальность Вашей медицинской информации, предоставить Вам данное Уведомление, содержащее наши юридические обязанности и методы обеспечения конфиденциальности в отношении Вашей медицинской информации, а также соблюдать условия данного Уведомления. Политика HSS ASC заключается в защите Вашей медицинской информации от тех, кто не должен иметь к ней доступа. Однако если по какой-либо причине мы столкнемся с утечкой Вашей незащищенной медицинской информации, мы уведомим Вас об этом.

ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

1. Как другое лицо может представлять Ваши интересы

Вы имеете право назначить законного представителя, который может действовать от Вашего имени и контролировать конфиденциальность Вашей медицинской информации. Родители и опекуны, как правило, имеют право контролировать конфиденциальность медицинской информации несовершеннолетних, если только закон не разрешает несовершеннолетним действовать от своего имени.

2. Как узнать о специальной защите информации о ВИЧ, злоупотреблении алкоголем и психотропными веществами, психическом здоровье и генетике.

Особая защита конфиденциальности применяется к информации, связанной с ВИЧ, информации о лечении алкоголизма и наркозависимости, информации о психическом здоровье и генетической информации. Некоторые части настоящего Уведомления могут не относиться к такого рода информации. Если Ваше лечение включает эту информацию, Вам могут быть предоставлены специальные формы разрешения в связи с раскрытием такой информации со стороны HSS ASC. Чтобы запросить копии этих форм, свяжитесь с HSS ASC по телефону (646) 495-3300.

3. Как получить копию этого Уведомления

Вы имеет право на получение бумажной копии этого Уведомления. Вы можете запросить бумажную копию в любое время, даже если Вы ранее дали свое согласие на получение Уведомления в электронной форме. Для этого позвоните в HSS ASC по телефону (646) 495-3300. Копию Уведомления также можно получить на нашем сайте по адресу <https://www.hss.edu/west-side-asc.asp> или при Вашем следующем визите.

4. Как получить копию пересмотренного Уведомления

Мы можем время от времени менять нашу политику конфиденциальности. В таком случае мы обновим данное Уведомление, чтобы у Вас было точное описание наших практик, и обновлённое Уведомление будет применяться ко всей Вашей медицинской информации. Мы опубликуем любое пересмотренное Уведомление в наших зонах приема и других местах HSS ASC. Вы также сможете получить собственную копию нашего пересмотренного Уведомления, зайдя на наш веб-сайт по адресу <https://www.hss.edu/west-side-asc.asp>, позвонив в HSS ASC по телефону (646) 495-3300 или попросив его во время следующего визита. Дата вступления в силу Уведомления всегда будет указана на обложке и в верхнем внешнем углу каждой страницы. Мы обязаны соблюдать условия Уведомления, действующего в настоящее время.

5. Как подать жалобу

Если Вы считаете, что Ваши права на конфиденциальность были нарушены, Вы можете подать жалобу нам или секретарю Министерства здравоохранения и социальных служб, отправив письмо по адресу: 200 Independent Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, позвонив по телефону 1-877-696-6775 или посетив сайт www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. Чтобы подать нам жалобу, обратитесь к специалисту по конфиденциальности HSS ASC по телефону (646) 495-3300 или отправьте письмо по адресу: HSS,

Дата вступления в силу: 1 мая 2024 г.

West Side ASC, Attn. Privacy Officer, 610 West 58th Street, New York, NY 10019. *Никто не будет преследовать или принимать меры против Вас за подачу жалобы.*

Подтверждение получения Уведомления о правилах конфиденциальности

Уважение к конфиденциальности наших пациентов уже давно высоко ценится в HSS West Side ASC. Это не только то, чего ожидают наши пациенты, это правильный способ оказания медицинской помощи. В соответствии с требованиями закона мы будем защищать конфиденциальность медицинской информации, которая может раскрыть Вашу личность, и предоставим Вам копию нашего Уведомления, в котором описываются правила конфиденциальности медицинской информации HSS ASC, её медицинского персонала и аффилированных поставщиков медицинских услуг при предоставлении медицинских услуг по лечению для HSS ASC. Наше уведомление будет размещено на видном месте в HSS ASC. Вы также сможете получить собственную копию Уведомления, зайдя на наш веб-сайт по адресу <https://www.hss.edu/west-side-asc.asp>, позвонив в HSS ASC по телефону (646) 495-3300 или попросив его во время Вашего следующего визита.

Ставя подпись ниже, я подтверждаю, что мне была предоставлена копия настоящего Уведомления, и, следовательно, я был уведомлен о том, как HSS ASC может использовать и раскрывать мою медицинскую информацию, а также о том, как я могу получить доступ к этой информации и контролировать ее. Я также признаю и понимаю, что к информации о ВИЧ, информации о лечении от алкогольной и наркотической зависимости, информации о психическом здоровье и генетической информации применяются особые меры защиты конфиденциальности.

Подпись пациента

Подпись пациента или личного представителя

Имя пациента или личного представителя печатными буквами

Описание полномочий личного представителя

Дата

Если у Вас есть какие-либо вопросы об этом Уведомлении или Вам нужна дополнительная информация, свяжитесь с сотрудником HSS ASC по вопросам конфиденциальности по телефону (646) 495-3300.

Только для служебного использования: если пациент не подписывает эту форму подтверждения, опишите здесь добросовестные усилия, предпринятые для получения этого подтверждения.

Эта страница является Вашей копией подтверждения, которое Вас попросили подписать, когда Вы впервые получили это Уведомление.