

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ

Дата вступления в силу: 12 июля 2017 г.

В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ («УВЕДОМЛЕНИЕ») ОПИСЫВАЕТСЯ ТО, КАК ВАША МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА И РАСКРЫТА, И ТО, КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПОЖАЛУЙСТА, ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С НЕЙ.

В Амбулаторном хирургическом центре при Госпитале специальной хирургии (англ. HSS ASC) в Манхэттене высоко ценится уважение по отношению к конфиденциальности наших пациентов. Этого не только ожидают наши пациенты, это является правильным методом предоставления медицинского обслуживания. Согласно требованиям закона, мы будем осуществлять защиту конфиденциальности информации о здоровье, с помощью которой может быть раскрыта ваша идентичность, и предоставим вам копию нашего Уведомления, в котором описывается порядок использования конфиденциальной информации о здоровье, осуществляемый в HSS ASC, его медицинским персоналом и связанными с ним поставщиками медицинских услуг, когда они предоставляют медицинские услуги для HSS ASC. Наше Уведомление будет размещено на видном месте. Вы также сможете получить свою личную копию Уведомления, посетив нашу страницу в Интернете по адресу www.hss.edu/asc, позвонив в HSS ASC по телефону (212) 548-2510, или попросив копию во время своего следующего посещения.

Если у вас возникнут какие-либо вопросы о данном Уведомлении или же вы желаете получить дополнительную информацию, свяжитесь, пожалуйста, с сотрудником по вопросам конфиденциальности в ASC по телефону (212) 548-2510.

КТО БУДЕТ РУКОВОДСТВОВАТЬСЯ ПОРЯДКОМ, УСТАНОВЛЕННЫМ В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ?

HSS ASC в Манхэттене предоставляет медицинское обслуживание пациентам совместно с врачами и другими профессиональными работниками и организациями сферы здравоохранения. Порядком использования конфиденциальной информации, описанным в этом Уведомлении, будут руководствоваться следующие лица:

- Все профессиональные работники сферы здравоохранения, которые предоставляют вам непосредственные услуги лечения в HSS ASC; и
- Все сотрудники, медицинский персонал, практиканты, студенты или волонтеры в HSS ASC, которые предоставляют непосредственные услуги HSS ASC.

Порядок использования конфиденциальной информации, описанный в этом Уведомлении, не применяется в случаях, когда обслуживание предоставляется в частных офисах медицинского персонала HSS ASC или других профессиональных работников сферы здравоохранения. Например, если врач предоставляет хирургические услуги в HSS ASC, то порядок использования конфиденциальной информации, описанный в этом Уведомлении, будет применяться. Если же вы пришли на контрольное посещение к тому же врачу в его или ее частный офис, то порядок использования конфиденциальной информации в рамках данного Уведомления применяться не будет. Врач должен предоставить вам отдельное Уведомление, в котором объясняется порядок использования конфиденциальной информации, применяемый в его или ее частном офисе. Кроме того, порядок использования конфиденциальной информации, описанный в этом Уведомлении, не применяется по отношению к членам медицинского персонала HSS ASC или другим членам нашего трудового коллектива, когда они вас лечат в других госпиталях или учреждениях.

РАЗРЕШЕНИЯ, ОПИСАННЫЕ В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ

В этом Уведомлении будет дано объяснение различных видов разрешений, которые мы получим от вас, прежде чем использовать или раскрыть информацию о вашем здоровье для определенных целей. Двумя видами разрешений, о которых упоминается в этом Уведомлении, являются:

- «Возможность возразить», которую мы вам предоставим перед тем, как мы сможем использовать или раскрыть информацию о вашем здоровье для определенных целей. В этих ситуациях у вас будет возможность выразить возражение относительно использования или раскрытия информации о вашем здоровье лично, по телефону или в письменном виде.
- «Письменное разрешение», в котором мы вам предоставим подробные сведения о том, кто может получить информацию о вашем здоровье для определенных конкретных целей. Нам только будет разрешено использовать и раскрывать информацию о вашем здоровье, указанную в письменном разрешении, в тех ситуациях, которые описаны в форме письменного разрешения, которую вы подписали. На письменном разрешении будет указана дата или событие, когда его действие прекратится.

КАКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ЗДОРОВЬЕ ЗАЩИЩЕНА

Мы считаем своей обязанностью защищать конфиденциальность собранной нами информации о вас во время предоставления услуг, связанных со здоровьем. Некоторыми примерами защищенной информации о здоровье являются:

- информация, указывающая на то, что вы являетесь пациентом HSS ASC или получаете в HSS ASC лечение либо другие услуги, связанные со здоровьем;
- информация о вашем состоянии здоровья (например, имеющееся у вас заболевание);
- информация о продуктах или услугах медицинского назначения, которые вы получили или, возможно, получите в будущем (например, операция); или
- информация о ваших медицинских льготах в рамках плана страхования (например, покрывается ли стоимость какого-либо рецептурного лекарства);

когда она используется вместе с:

- демографической информацией (например, вашим именем, адресом или страховым статусом);
- уникальными номерами, по которым вас можно идентифицировать (например, вашим номером социального обеспечения, номером телефона или номером водительского удостоверения); или
- другими видами информации, по которым можно определить, кто вы.

КАКИМ ОБРАЗОМ МЫ МОЖЕМ ИСПОЛЬЗОВАТЬ И РАСКРЫВАТЬ ИНФОРМАЦИЮ О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ

Требование для письменного разрешения. Обычно, прежде чем использовать информацию о вашем здоровье или обменяться ею с другими вне HSS ASC, мы получим ваше письменное разрешение.

Исключения к требованию относительно письменного разрешения. Существуют некоторые ситуации, когда нам не нужно ваше письменное разрешение, перед тем, как использовать информацию о вашем здоровье или обменяться ею с другими. Сюда относятся:

1. Лечение, оплата и операции по осуществлению медицинского обслуживания

Мы можем использовать информацию о вашем здоровье или обмениваться такой информацией с другими, чтобы проводить лечение вашего заболевания, получать оплату за это лечение и осуществлять наши операции по осуществлению медицинского обслуживания. В некоторых случаях мы также можем раскрыть информацию о вашем здоровье для проведения действий по оплате и определенных операций по осуществлению медицинского обслуживания относительно другого поставщика медицинских услуг или плательщика.

Лечение. Мы можем обмениваться информацией о вашем здоровье с врачами, медсестрами/медбратьями или другими поставщиками медицинских услуг в HSS ASC, которые вовлечены в осуществление ухода за вами, а они в свою очередь могут использовать эту информацию для постановки диагноза или проведения вашего лечения. Врач в HSS ASC может обмениваться информацией о вашем здоровье с другим врачом в пределах HSS ASC или с врачом в другой больнице, чтобы решить, какой вам поставить диагноз или как вас лечить. Ваш врач также может обмениваться информацией о вашем здоровье с другим врачом, к которому вас направили для дальнейшего медицинского обслуживания.

Оплата. Мы можем использовать информацию о вашем здоровье или обмениваться ею с другими, чтобы получить оплату ваших медицинских услуг. Например, мы можем обмениваться информацией о вас с вашей компанией медицинского страхования, чтобы получить возмещение

расходов после проведения лечения, или чтобы определить, покроет ли она ваше лечение. Также нам может понадобиться сообщить вашей компании медицинского страхования о состоянии вашего здоровья, чтобы получить предварительное одобрение на проведение лечения. Наконец, мы можем обменяться вашей информацией с другими поставщиками медицинских услуг или плательщиками для осуществления их действий по оплате.

Операции по осуществлению медицинского обслуживания. Мы можем использовать информацию о вашем здоровье или обмениваться ею с другими, чтобы проводить операции по осуществлению медицинского обслуживания. Например, мы можем использовать информацию о вашем здоровье для оценки результатов работы нашего персонала в процессе осуществления вашего лечения или для обучения нашего персонала тому, как можно улучшить предоставляемый ими уход. В заключение, мы можем обмениваться информацией о вашем здоровье с другими поставщиками медицинских услуг и плательщиками для их определенных деловых операций, если информация имеет связь с существующими в настоящий момент или ранее существовавшими отношениями между вами и поставщиком медицинских услуг или плательщиком, и если, согласно федеральному закону, от поставщика или плательщика требуется обеспечение защиты конфиденциальности информации о вашем здоровье.

Напоминания о приеме, варианты лечения или распределение льгот и услуг, связанных со здоровьем. В процессе предоставления вам лечения мы можем использовать информацию о вашем здоровье, чтобы связаться с вами и напомнить о том, что вам назначен прием для лечения или получения услуг в нашем учреждении. Мы также можем использовать информацию о вашем здоровье, чтобы посоветовать вам возможные варианты лечения или связанные со здоровьем льготы и услуги, которые вас могут заинтересовать. Тем не менее, в случаях, когда денежная компенсация предоставляется нам третьей стороной, то для связи с вами относительно вопросов о проведении лечения или об операциях по осуществлению медицинского обслуживания, мы заранее обеспечим наличие вашего разрешения, как мы бы это сделали для любых других видов маркетингового общения (как описано далее в этом Уведомлении).

Деловые партнеры. Мы можем раскрыть информацию о вашем здоровье подрядчикам, агентам и другим деловым партнерам, которым необходима информация для того, чтобы оказать нам содействие в получении платежа или в проведении наших операций по осуществлению медицинского обслуживания. Например, мы можем обмениваться информацией о вашем здоровье с биллинговой компанией, помогающей нам получить оплату от вашей страховой компании. Другим примером является то, что мы можем обмениваться информацией о вашем здоровье с бухгалтерской или юридической фирмой, которая предоставляет нам профессиональное консультирование относительно улучшения нашего медицинского обслуживания и соблюдения закона. Если мы раскроем информацию о вашем здоровье деловому партнеру, то будет использован договор в письменном виде, в соответствии с которым требуется, чтобы наш деловой партнер также защищал конфиденциальность информации о вашем здоровье.

2. Справочник пациентов, семья и друзья

Мы можем использовать информацию о вашем здоровье в нашем Справочнике пациентов и раскрывать ее из него, или же обмениваться ею с семьей и друзьями, которые вовлечены в осуществление ухода за вами, без вашего письменного разрешения. У вас будет возможность возразить таким видам использования и раскрытия информации о вашем здоровье, за исключением случаев, когда недостаточно времени из-за экстренной медицинской ситуации (в случае чего мы обсудим с вами ваши предпочтения, как только завершится экстренная

ситуация). Мы будем выполнять ваши пожелания, за исключением случаев, когда в соответствии с законом от нас требуется иное.

Справочник пациентов. Если вы не возражаете, мы включим ваше имя, местоположение в нашем учреждении, информацию об общем состоянии (напр., удовлетворительное, стабильное, критическое и т.д.) и вашу религиозную принадлежность в наш Справочник пациентов, в то время как вы являетесь пациентом в HSS ASC. Эта справочная информация, кроме вашей религиозной принадлежности, может быть раскрыта людям, которые интересуются о вас, назвав ваше имя. Ваша религиозная принадлежность может быть дана члену духовенства, например, священнику или раввину, даже если он или она не спросит о вас по имени.

Семья и друзья, вовлеченные в осуществление вашего лечения. Если вы не возражаете, мы можем обмениваться информацией о вашем здоровье с членом семьи, родственником или близким другом, который вовлечен в осуществление вашего лечения или оплату за это лечение. Мы также можем сообщить члену семьи, личному представителю или другому человеку, который несет ответственность за ваше лечение, о вашем местонахождении и общем состоянии здесь в HSS ASC. В некоторых случаях может быть необходимо, чтобы мы обменялись вашей информацией с организацией по чрезвычайным ситуациям и ликвидации стихийных бедствий, которая поможет нам уведомить этих людей.

3. Чрезвычайные ситуации или общественная потребность

Мы можем использовать информацию о вашем здоровье и обмениваться ею с другими, чтобы предоставить вам лечение в экстренной ситуации или удовлетворить важные общественные потребности. Нам не потребуется получать ваше письменное разрешение или предоставлять вам возможность возразить, прежде чем мы используем или раскроем информацию о вашем здоровье по этим причинам. Тем не менее, мы получим ваше разрешение в письменном виде или предоставим вам возможность возразить использованию или раскрытию информации о вашем здоровье в этих ситуациях, если в соответствии с законом штата конкретно требуется, чтобы мы это сделали.

Чрезвычайные ситуации. Мы можем использовать или раскрывать информацию о вашем здоровье, если вам необходимо провести экстренное лечение или если от нас требуется предоставить вам лечение в соответствии с законом.

В соответствии с требованиями закона. Мы можем использовать или раскрывать информацию о вашем здоровье, если от нас это требуется в соответствии с законом. Мы уведомим вас о случаях такого использования и раскрытия, если согласно закону требуется предоставление уведомления.

Деятельность в сфере общественного здравоохранения. Мы можем раскрыть информацию о вашем здоровье уполномоченным представителям общественного здравоохранения (или иностранному органу власти, работающему совместно с такими представителями), чтобы они могли осуществить свою деятельность в сфере общественного здравоохранения. Например, мы можем обмениваться информацией о вашем здоровье с представителями органов власти, ответственными за осуществление контроля заболеваний, травм или недееспособности. Мы также можем раскрыть информацию о вашем здоровье человеку, который мог быть подвержен воздействию инфекционного заболевания или подвергаться риску заражения или распространения заболевания, если от нас требуется или разрешается это сделать согласно закону. Наконец, мы можем раскрыть некоторую информацию о вашем здоровье вашему работодателю, если ваш

работодатель наймет нас для проведения вашего физикального осмотра, и мы обнаружим, что у вас травма, связанная с работой, или заболевание, о котором ваш работодатель должен знать, чтобы соблюдать законы о труде.

Жертвы жестокого обращения, пренебрежения или насилия в семье. Мы можем раскрыть информацию о вашем здоровье органу общественного здравоохранения, уполномоченному на получение отчетов о жестоком обращении, пренебрежении или насилии в семье. Например, мы можем сообщить вашу информацию представителям органов власти, если у нас существует обоснованное предположение, что вы стали жертвой такого жестокого обращения, пренебрежения или насилия в семье. Мы приложим все усилия, чтобы получить ваше разрешение, прежде чем раскрыть эту информацию, но в некоторых случаях от нас может потребоваться или мы можем быть уполномочены действовать без вашего разрешения.

Деятельность по осуществлению контроля над органами здравоохранения. Мы можем раскрыть информацию о вашем здоровье органам власти, уполномоченным на проведение проверок, расследований и инспекций нашего учреждения. Эти органы власти осуществляют контроль над деятельностью системы здравоохранения, правительственными программами льгот, такими как Medicare и Medicaid, и соблюдением правительственных регулятивных программ и законов о гражданских правах.

Мониторинг, восстановление и отзыв продукции. Мы можем раскрыть информацию о вашем здоровье человеку или компании, которые регулируются Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов, с целью: (1) сообщить или проследить за дефектами или проблемами продуктов; (2) восстановить, заменить или отозвать дефективные или опасные продукты; или (3) провести контроль над действием продукта после того, как он был одобрен для использования широкой общественностью.

Судебные дела и разногласия. Мы можем раскрыть информацию о вашем здоровье, если нами получено на это указание из суда или административного трибунала, который занимается судебным делом или другими видами разногласий.

Соблюдение законов. Мы можем раскрыть информацию о вашем здоровье представителям правоохранительных органов по следующим причинам:

- Для соблюдения судебных указаний или законов, выполнение которых от нас требуется;
- Для оказания содействия представителям правоохранительных органов в идентификации или определении местонахождения подозреваемого, беглого преступника, свидетеля или пропавшего человека;
- Если вы стали жертвой преступления, и мы определим, что: (1) мы не смогли получить вашего разрешения из-за экстренной ситуации или вашей недееспособности; (2) представителям правоохранительных органов немедленно нужна эта информация, чтобы выполнить свои обязанности по обеспечению правопорядка; и (3) в соответствии с нашим профессиональным суждением раскрытие этой информации этим представителям будет в ваших интересах;
- Если мы подозреваем, что ваша смерть стала результатом криминального поведения;
- Если необходимо сообщить о преступлении, которое произошло в рамках нашей недвижимости; или

- Если необходимо сообщить о преступлении, обнаруженном во время медицинской экстренной ситуации за пределами нашего учреждения (например, специалистами по оказанию неотложной медицинской помощи на месте преступления).

Предотвращение серьезной и неминуемой угрозы здоровью и безопасности. Мы можем использовать информацию о вашем здоровье или обмениваться ею с другими, когда необходимо предотвратить серьезную и неминуемую угрозу вашему здоровью или безопасности, либо здоровью или безопасности другого человека или общественности. В таких случаях мы только обменяемся вашей информацией с тем, кто может помочь предотвратить угрозу. Мы также можем раскрыть информацию о вашем здоровье представителям правоохранительных органов, если вы нам сообщите, что вы принимали участие в жестоком преступлении, которое могло привести к серьезному физическому ущербу другому человеку (за исключением того, если вы признали этот факт во время консультации), или если мы установим, что вы избежали правового заключения под стражей (например, в тюрьме или в учреждении для психического здоровья).

Деятельность в рамках национальной безопасности и разведки или услуги охраны. Мы можем раскрыть информацию о вашем здоровье уполномоченным представителям федеральных органов власти, которые проводят деятельность в рамках национальной безопасности и разведки или предоставляют услуги охраны президенту или другим важным должностным лицам.

Военнослужащие и ветераны. Если вы пребываете на службе в вооруженных войсках, мы можем раскрыть информацию о вашем здоровье соответствующему руководству военной части для видов деятельности, которые они считают необходимыми для осуществления своей военной миссии. Мы также можем передать информацию о здоровье иностранного военного персонала соответствующим иностранным органам военной власти.

Заключенные и исправительные заведения. Если вы являетесь заключенным или вы задержаны сотрудником правоохранительных органов, мы можем раскрыть информацию о вашем здоровье тюремным служащим или сотрудникам правоохранительных органов, если необходимо вам предоставить медицинскую помощь или поддерживать безопасность, охрану и правопорядок в месте, где вас удерживают. Это включает в себя обмен информацией, которая необходима для защиты здоровья и безопасности других заключенных или лиц, задержанных в наблюдении за заключенными или в их перевозке.

Выплаты компенсации работникам. Мы можем раскрыть информацию о вашем здоровье для программы по выплате компенсаций работникам или подобных программ, предоставляющих льготы, связанные с травмами, полученными во время работы.

Коронеры, медицинские эксперты и начальники похоронных служб. В случае несчастного события, такого как ваша смерть, мы можем раскрыть информацию о вашем здоровье коронеру или медицинскому эксперту. Это может быть необходимо, например, для определения причины смерти. Мы также можем передать информацию о вашем здоровье начальникам похоронных служб по мере необходимости осуществления их обязанностей.

Донорство органов и тканей. В случае несчастного события, такого как ваша смерть, мы можем раскрыть информацию о вашем здоровье организациям, которые доставляют и хранят органы, глаза или другие ткани, чтобы эти организации могли расследовать, существует ли в рамках применимых законов возможность донорства или трансплантации.

Научные исследования. В большинстве случаев для проведения научных исследований, прежде чем использовать информацию о вашем здоровье или обмениваться ею с другими, мы попросим вашего разрешения в письменном виде. Тем не менее, при некоторых обстоятельствах мы можем использовать и раскрывать информацию о вашем здоровье без вашего письменного разрешения, если нами получено одобрение в соответствии со специальным процессом для обеспечения того, что научные исследования без вашего письменного разрешения представляют собой минимальный риск для вашей конфиденциальности. Ни в коем случае, однако, мы не позволим исследователям публично использовать ваше имя или идентичность. Мы также можем передать информацию о вашем здоровье без вашего письменного разрешения людям, которые осуществляют подготовку будущих научно-исследовательских проектов, при условии, что любая идентифицирующая вас информация не покинет нашего учреждения. В случае несчастного события, такого как ваша смерть, мы можем обмениваться информацией о вашем здоровье с людьми, которые проводят научные исследования с использованием информации скончавшихся людей, при условии, что они согласятся не перемещать из нашего учреждения какую-либо идентифицирующую вас информацию.

4. Полностью или частично деидентифицированная информация

Мы можем использовать и раскрывать информацию о вашем здоровье, если мы удалили какую-либо информацию, с помощью которой существует возможность вас идентифицировать, таким образом, что информация о здоровье «полностью деидентифицирована». Мы также можем использовать и раскрывать «частично деидентифицированную» информацию о вашем здоровье в целях проведения научных исследований, общественного здравоохранения или операций по осуществлению медицинского обслуживания, если человек, который получит информацию, подпишет соглашение о защите конфиденциальности информации в соответствии с требованиями федеральных законов и законов штата. В частично деидентифицированной информации о здоровье *не* будет содержаться никакой информации, с помощью которой вас можно будет непосредственно идентифицировать (например, вашего имени, адреса, номера социального обеспечения, номера телефона, номера факса, адреса электронной почты, адреса в Интернете или номера водительского удостоверения).

5. Случайные виды раскрытия

В то время как мы будем предпринимать разумные меры по защите конфиденциальности информации о вашем здоровье, могут произойти определенные виды раскрытия информации о вашем здоровье во время или в качестве непредотвратимого результата использования или раскрытия информации о вашем здоровье, которые разрешены при других обстоятельствах. Например, в ходе сеанса лечения другие пациенты в зоне лечения могут увидеть или случайно услышать обсуждение информации о вашем здоровье.

СЛУЧАИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ИНФОРМАЦИИ О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ, ДЛЯ КОТОРЫХ ТРЕБУЕТСЯ РАЗРЕШЕНИЕ

Как указано выше, в HSS ASC не могут и не будут использовать или раскрывать информацию о вашем здоровье без вашего письменного разрешения по какой-либо причине, кроме тех, которые описаны в этом Уведомлении. Например, нам требуется ваше разрешение в письменном виде в большинстве случаев использования или раскрытия информации о вашем здоровье в определенных целях маркетинга, для продажи информации о здоровье или в отношении психотерапевтических заметок (когда это уместно). Кроме того, вы можете взять на себя

инициативу по переводу своей документации другому человеку или организации, заполнив форму разрешения.

Если вы предоставите нам письменное разрешение, вы в любое время можете отменить или аннулировать это письменное разрешение, кроме тех случаев, в которых мы уже полагались на его наличие. Если вы отмените разрешение, мы больше не будем использовать или раскрывать информацию о вашем здоровье для целей, которые покрываются вашим разрешением в письменном виде. Такая отмена не повлияет на какой-либо вид использования или раскрытия, которые уже были осуществлены до даты получения уведомления об отмене. Чтобы отменить письменное разрешение, напишите, пожалуйста, Сотруднику по вопросам конфиденциальности в HSS ASC в Манхэттене, по адресу: Attn. Privacy Officer, 1233 Second Avenue, New York, NY, 10065.

ВАШИ ПРАВА НА ДОСТУП К ИНФОРМАЦИИ О СВОЕМ ЗДОРОВЬЕ И НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ НАД НЕЙ КОНТРОЛЯ

Мы хотим, чтобы вы знали, что у вас есть следующие права на доступ к информации о вашем здоровье и осуществление контроля над ней. Эти права важны, так как они помогут вам убедиться, что информация о вашем здоровье, которая находится у нас, является точной. Они также могут вам помочь проконтролировать, каким образом мы используем вашу информацию и обмениваемся ею с другими, или каким способом мы осуществляем наше с вами общение в отношении ваших медицинских вопросов.

1. Право на проверку и создание копий документации

У вас есть право проверять и своевременно получать у нас копию, включая копию в электронном виде, какой-либо информации о вашем здоровье, которая может быть использована для принятия решений о вас и вашем лечении, пока мы храним эту информацию в нашей документации. Это включает в себя медицинскую документацию и документацию по выставлению счетов.

Как сделать запрос: Чтобы проверить или получить копию информации о вашем здоровье, подайте, пожалуйста, свой запрос в письменном виде Сотруднику по вопросам конфиденциальности в HSS ASC в Манхэттене, по адресу: Attn. Privacy Officer, 1233 Second Avenue, New York, NY, 10065. В запрос на проверку или получение копии информации о вашем здоровье должно быть включено: (1) желаемая форма и формат доступа; (2) описание информации о здоровье, в отношении которой применяется запрос; и (3) надлежащая контактная информация.

Стоимость: Если вы сделаете запрос на получение копии информации, то мы можем взять с вас плату за стоимость копирования, пересылки или других принадлежностей, которые мы используем для выполнения вашего запроса. Стандартной платой за страницу является \$0.75 и, как правило, она должна быть внесена перед тем, как мы дадим вам копии, или во время их выдачи.

Форма и формат: Если запрошенная вами информация хранится в электронном виде, мы предоставим вам информацию в той форме и формате, в котором вы попросите, если информация готова к воспроизведению в этом формате, или, если это не так, мы придем с вами к согласию относительно альтернативного электронного формата, пригодного для чтения.

Время ответа: Мы ответим на ваш запрос на проверку документации в течение 10 дней. Обычно, мы отвечаем на запросы для получения копий в течение 30 дней. Если нам необходимо

дополнительное время для ответа на запрос относительно получения копий, мы сообщим вам об этом в письменном виде в течение отрезка времени, указанного выше, чтобы объяснить причину задержки и сообщить, когда вы можете ожидать получения окончательного ответа на свой запрос.

Если вам отказано в выполнении запроса: При определенных обстоятельствах, число которых очень ограничено, мы можем отказаться выполнить ваш запрос на проверку или получение копии вашей информации. Если мы это сделаем, то вместо этого, мы можем представить вам краткий отчет об информации. Мы также предоставим вам уведомление в письменном виде, в котором мы объясним, по каким причинам мы предоставили только краткий отчет, и полное описание ваших прав на рассмотрение этого решения и то, как вы можете применить эти права. В уведомление также будет включена информация о том, как подать жалобу относительно этих проблем нам или секретарю Департамента здравоохранения и социальных служб. Если у нас есть причина на отказ от выполнения только части вашего запроса, мы предоставим вам полный доступ к оставшимся частям информации, исключив информацию, которую мы не позволим вам проверять или копировать.

2. Право на внесение изменений в документацию

Если вы считаете, что имеющаяся у нас информация о вашем здоровье является неправильной или неполной, то вы можете попросить нас изменить эту информацию. У вас есть право попросить о внесении изменений, пока информация хранится в нашей документации.

Как сделать запрос: Чтобы сделать запрос о внесении изменений, напишите, пожалуйста, Сотруднику по вопросам конфиденциальности в HSS ASC в Манхэттене, по адресу: Attn. Privacy Officer, 1233 Second Avenue, New York, NY, 10065. В запрос на внесение изменений в информацию о вашем здоровье должно быть включено описание требуемого изменения и причины того, почему вы думаете, что нам следует внести изменение.

Время ответа: Как правило, мы ответим на ваш запрос в течение 60 дней. Если нам необходимо дополнительное время для ответа, мы сообщим вам об этом в письменном виде в течение 60 дней, чтобы объяснить причину задержки и сообщить, когда вы можете ожидать получения окончательного ответа на свой запрос.

Если вам отказано в выполнении запроса: Вам может быть отказано в выполнении запроса, если вы просите внести изменения в информацию о здоровье, которая, по нашему определению, (1) не была создана в HSS ASC, за исключением случаев, когда лицо, создавшее информацию о здоровье, больше не доступно для внесения изменения; (2) не является частью документации HSS ASC; (3) не является информацией о здоровье, которую вам разрешается проверять или копировать; или (4) является точной и полной.

Если мы откажемся выполнить какую-либо часть вашего запроса или его в целом, мы в письменном виде предоставим вам уведомление с объяснением причин, по которым мы это сделали. У вас будет право на включение в вашу документацию определенной информации, связанной с требуемым вами внесением изменений. Например, если вы не согласны с нашим решением, у вас есть возможность подать заявление, в котором объясняется ваше несогласие, и которое мы включим в вашу документацию. Мы также предоставим вам информацию о том, как подать жалобу нам или секретарю Департамента здравоохранения и социальных служб. Об этих процедурах будет подробнее рассказано в любом письменном уведомлении об отказе, которое мы вам вышлем.

3. Право на получение отчета о раскрытии информации

У вас есть право попросить «отчет о раскрытии информации», в котором указаны определенные другие лица или организации, которым мы раскрыли информацию о вашем здоровье за последние шесть лет в соответствии с применимым законом и защитами, предусмотренными данным Уведомлением. В отчете о раскрытии информации не будут описаны способы, в соответствии с которыми был осуществлен обмен информацией о вашем здоровье в пределах HSS ASC, при условии, что были выполнены все другие защиты, которые описаны в этом Уведомлении (например, получение требуемых разрешений перед тем, как обменяться информацией о вашем здоровье с нашими врачами в целях научных исследований).

Отчет о раскрытии информации также не включает информацию о следующих случаях раскрытия:

- Раскрытие, которое мы сделали вам или вашему личному представителю;
- Раскрытие, которое мы сделали согласно вашему разрешению в письменной форме;
- Раскрытие, которое мы сделали для проведения лечения, оплаты или операций по осуществлению медицинского обслуживания;
- Раскрытие, сделанное из справочника пациентов;
- Раскрытие, сделанное вашим друзьям и семье, вовлеченным в ваше лечение или оплату вашего лечения;
- Раскрытие, проведенное случайно относительно разрешенных видов использования и раскрытия информации о вашем здоровье (например, когда информацию случайно услышит другой пациент, проходящий мимо);
- Раскрытие ограниченных частей информации о вашем здоровье, которая вас непосредственно не идентифицирует, в целях проведения научного исследования, общественного здравоохранения или наших операций по осуществлению медицинского обслуживания;
- Раскрытие, сделанное сотрудникам федерального правления для проведения деятельности, связанной с национальной безопасностью и разведкой; и
- Раскрытие о заключенных для исправительных заведений или сотрудников правоохранительных органов.

Как сделать запрос: Чтобы сделать запрос на получение отчета о раскрытии информации, напишите, пожалуйста, Сотруднику по вопросам конфиденциальности в HSS ASC в Манхэттене, по адресу: Attn. Privacy Officer, 1233 Second Avenue, New York, NY, 10065. В вашем запросе должен быть указан период времени за последние шесть лет для случаев раскрытия информации, которые вы хотите, чтобы мы включили в отчет. У вас есть право на бесплатное получение по одному отчету в течение каждого периода в 12 месяцев. Мы можем взять с вас плату за стоимость предоставления какого-либо дополнительного отчета в тот же самый 12-месячный период времени. Мы всегда вам будем сообщать о любых вовлеченных затратах, чтобы вы могли решить, следует ли вам отозвать или изменить свой запрос, прежде чем понести какие-либо издержки. Масштаб вашего права на запрос отчета может время от времени меняться, чтобы соответствовать изменениям в федеральном законе или законе штата.

Время ответа: Как правило, мы ответим на запрос на получение отчета в течение 60 дней. Если нам необходимо дополнительное время для подготовки запрашиваемого вами отчета, мы сообщим вам в письменном виде о причине задержки и дате, когда вы можете ожидать получения отчета. В редких случаях нам, возможно, придется отложить предоставление вам отчета, не сообщив вам об

этом, потому что представители правоохранительных органов или правительственное агентство попросили нас это сделать.

4. Право на запрос о предоставлении дополнительных форм защиты конфиденциальности, включая ограничение раскрытия планам медицинского страхования

У вас есть право сделать запрос на то, чтобы мы приняли дальнейшие меры по ограничению метода использования и раскрытия информации о вашем здоровье в целях лечения вашего заболевания, сбора оплаты за это лечение или для осуществления наших операций, связанных с медицинским обслуживанием. Вы можете также сделать запрос, чтобы мы ограничили то, как мы осуществляем раскрытие информации о вас семье или друзьям, вовлеченным в ваше лечение. Например, вы могли бы обратиться с требованием о том, чтобы мы не раскрывали информацию о проведенной вам операции. Кроме того, у вас есть право ограничить определенные виды раскрытия защищенной информации о здоровье вашему плану медицинского страхования, если вы или другое лицо от вашего имени лично предоставите полную оплату медицинского предмета или услуги.

сделать запрос: Чтобы сделать запрос на ограничения, напишите, пожалуйста, Сотруднику по вопросам конфиденциальности в HSS ASC в Манхэттене, по адресу: Attn. Privacy Officer, 1233 Second Avenue, New York, NY, 10065. В ваш запрос должно быть включено: (1) какую информацию вы хотите ограничить; (2) хотите ли вы ограничить то, как мы используем информацию, как мы ею обмениваемся, или и то, и другое; и (3) в отношении кого, вы хотите, чтобы эти ограничения применялись.

Наше согласие требуется не всегда: Не всегда требуется, чтобы мы соглашались с вашим запросом на ограничение, а в некоторых случаях требуемое вами ограничение может быть не разрешено по закону. Нам не нужно соглашаться на ограничение, за исключением случаев, если (i) раскрытие проводится с целью осуществления оплаты или операций, связанных с медицинским обслуживанием, и при иных обстоятельствах не требуется в соответствии с законом, и (ii) информация о здоровье имеет отношение только к медицинскому предмету или услуге, который(ую) вы или кто-либо от вашего имени лично и полностью оплатили. *Тем не менее, если мы все же согласимся, то мы будем обязаны действовать в соответствии с нашим соглашением, за исключением случаев, когда информация необходима, чтобы предоставить вам экстренное лечение или выполнить закон.* После того, как мы согласимся на ограничение, у вас есть право в любое время отменить ограничение. При некоторых обстоятельствах у нас также будет право отменить ограничение, при условии, что мы вам предоставим уведомление, прежде чем это сделать; в других случаях, прежде чем мы сможем отменить ограничение, нам потребуется ваше разрешение.

5. Право на обращение с требованием о конфиденциальности связи

У вас есть право обратиться с требованием, чтобы мы осуществляли общение с вами относительно ваших медицинских вопросов более конфиденциальным способом, попросив, чтобы мы с вами общались с помощью альтернативных средств или в альтернативных местах. Например, вы можете попросить, чтобы мы связывались с вами дома, вместо работы.

Как сделать запрос: Чтобы обратиться с требованием о более конфиденциальных методах общения, напишите, пожалуйста, Сотруднику по вопросам конфиденциальности в HSS ASC в Манхэттене, по адресу: Attn. Privacy Officer, 1233 Second Avenue, New York, NY, 10065. *Мы не*

будем у вас спрашивать о причине вашего требования, и мы постараемся обеспечить выполнение всех уместных требований. В своем требовании укажите, пожалуйста, каким образом или где вы желаете, чтобы с вами связывались, и то, как будет осуществляться оплата вашего медицинского обслуживания, если мы будем общаться с вами с помощью этого альтернативного метода или местоположения.

6. Право на уведомление о нарушении относительно незащищенной информации о здоровье

В соответствии с законом от нас требуется обеспечение конфиденциальности информации о вашем здоровье, предоставление вам этого Уведомления, в котором содержатся наши правовые обязанности и порядок осуществления защиты конфиденциальности информации о вашем здоровье, и выполнение условий данного Уведомления. Порядком осуществления деятельности HSS ASC является обеспечение безопасности информации о вашем здоровье, чтобы защитить информацию от тех, кто не должен иметь к ней доступ. Если, однако, по какой-либо причине произойдет какое-нибудь нарушение относительно вашей незащищенной информации о здоровье, то мы сообщим вам о таком нарушении.

ПРОЧЕЕ

1. Каким образом кто-то может действовать от вашего имени

У вас есть право назначить законного представителя, который может действовать от вашего имени, чтобы осуществлять контроль конфиденциальности информации о вашем здоровье. Родители и опекуны, обычно, имеют право контролировать конфиденциальность информации о здоровье несовершеннолетних, за исключением случаев, когда несовершеннолетним разрешается по закону действовать от своего собственного имени.

2. Каким образом можно узнать об особых формах защиты информации относительно ВИЧ, злоупотребления алкоголем и наркотическими средствами, психического здоровья и генетической информации

Особые виды защиты конфиденциальности применяются по отношению к информации, связанной с ВИЧ, информации о лечении злоупотребления алкоголем и наркотическими веществами, информации о психическом здоровье и генетической информации. Некоторые разделы этого Уведомления могут применяться к этим видам информации. Если ваше лечение включает в себя эту информацию, то вам могут быть предоставлены специальные формы разрешения в связи с раскрытием такой информации со стороны HSS ASC. Чтобы сделать запрос на получение копий этих форм, свяжитесь, пожалуйста, с HSS ASC по телефону (212) 548-2510.

3. Как получить копию этого Уведомления

У вас есть право на получение копии этого Уведомления на бумаге. Вы в любое время можете попросить копию на бумаге, даже если вы ранее согласились получить это Уведомление в электронном виде. Чтобы это сделать, позвоните, пожалуйста, в HSS ASC по телефону (212) 548-2510. Вы также можете получить копию этого Уведомления на нашем сайте www.hss.edu/asc или попросить копию во время вашего следующего посещения.

4. Как получить копию Уведомления с изменениями

Время от времени мы можем изменять наш порядок использования конфиденциальной информации. Если это произойдет, то мы внесем поправки в это Уведомление, чтобы у вас был точный отчет о порядке осуществления нашей деятельности, и исправленное Уведомление будет применяться относительно всей информации о вашем здоровье. Мы поместим любое исправленное Уведомление в наших приемных отделениях и других местах в HSS ASC. Также вы сможете получить свою личную копию исправленного Уведомления, посетив наш сайт www.hss.edu/asc, позвонив в HSS ASC по телефону (212) 548-2510 или попросив копию во время вашего следующего посещения. Дата вступления Уведомления в силу будет всегда указываться на титульном листе и во внешнем верхнем углу каждой страницы. От нас требуется соблюдение условий Уведомления, которое действует в настоящее время.

5. Как подать жалобу

Если вы считаете, что ваши права на неприкосновенность частной жизни были нарушены, вы можете подать жалобу у нас или у секретаря Департамента здравоохранения и социальных служб, отправив письмо по адресу: 200 Independence 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 жалобу у нас, свяжитесь, пожалуйста, с Сотрудником по вопросам конфиденциальности в HSS ASC по телефону (212) 548-2510 или отправьте письмо в HSS ASC в Манхэттене по адресу: Attn. Privacy Officer, 1233 Second Avenue, New York, NY, 10065. *За подачу жалобы против вас не будет применено ответных мер или предпринято каких-либо действий.*

Подтверждение получения Уведомления о порядке использования конфиденциальной информации

В HSS ASC в Манхэттене в течение долгого времени высоко ценится уважение по отношению к конфиденциальности наших пациентов. Этого не только ожидают наши пациенты, это является правильным методом предоставления медицинского обслуживания. Согласно требованиям закона, мы обеспечим защиту конфиденциальности информации о здоровье, с помощью которой может быть раскрыта ваша идентичность, и предоставим вам копию нашего Уведомления о порядке использования конфиденциальной информации, в котором описывается порядок использования конфиденциальной информации о здоровье, осуществляемый в HSS ASC, нашим медицинским персоналом и связанными с ним поставщиками медицинских услуг, когда они предоставляют медицинские услуги для HSS ASC. Наше Уведомление будет помещено на видном месте в HSS ASC. Вы также сможете получить свою личную копию Уведомления, посетив нашу страницу в Интернете по адресу www.hss.edu/asc, позвонив в HSS ASC по телефону (212) 548-2510 или попросив копию во время своего следующего посещения.

Поставив свою подпись ниже, я подтверждаю, что мне была предоставлена копия этого Уведомления и таким образом я был(а) уведомлен(а) о том, как может быть использована или раскрыта информация обо мне в HSS ASC, а также то, как я могу получить доступ к этой информации и осуществлять над ней контроль. Я также подтверждаю и понимаю, что к информации, связанной с ВИЧ, информации о лечении злоупотребления алкоголем и наркотическими веществами, информации о психическом здоровье и генетической информации применяются особые виды защиты.

Копия пациента

Подпись пациента или личного представителя

Имя пациента или личного представителя печатными буквами

Описание полномочий личного представителя

Дата

Если у вас возникнут какие-либо вопросы относительно данного Уведомления, или вы хотите получить дополнительную информацию, свяжитесь, пожалуйста, с Сотрудником по вопросам конфиденциальности в HSS ASC по телефону (212) 548-2510.

Только для служебного пользования: Если пациент не подпишет эту форму подтверждения, опишите здесь добросовестные усилия, приложенные для получения этого подтверждения.

Эта страница является вашей копией подтверждения, которое вас попросили подписать, когда это Уведомление вам было дано в первый раз.