

## Ваша информация. Ваши права. Наши обязанности.

В этом уведомлении описано, как медицинская информация о Вас может использоваться и раскрываться, а также как Вы можете получать доступ к этой информации. **Пожалуйста, внимательно изучите этот документ.**

### Ваши права

#### Вы имеете право:

- Получить копию Ваших медицинской карты и истории страховых требований;
- Корректировать Ваши медицинскую карту и историю страховых требований;
- Требовать конфиденциальности общения;
- Просить, чтобы мы ограничили раскрываемую информацию;
- Получить список лиц и учреждений, которым мы предоставили Ваши данные;
- Получить копию этого уведомления о конфиденциальности;
- Выбрать представителя, который будет действовать от Вашего имени;
- Подать жалобу, если Вы считаете, что Ваши права на неприкосновенность личной жизни были нарушены.

» Более подробная информация об этих правах и о том, как их осуществлять, указана на **стр. 2.**

### Ваш выбор

#### В некоторых случаях Вы можете определить то, каким образом мы будем использовать Вашу информацию и обмениваться ей при:

- Предоставлении ответов о страховании Вашим семье и друзьям;
- Предоставлении помощи в случаях стихийных бедствий;
- Рекламе наших услуг и продаже Вашей информации.

» Более подробная информация о таком выборе и о том, как его сделать, приведена на **стр. 3.**

### Использование и раскрытие информации

#### Мы можем использовать Вашу информацию и предоставлять ее другим сторонам в следующих случаях:

- Оказание помощи по управлению получаемым Вами медицинским обслуживанием;
- Управление нашей организацией;
- Оплата Вашего медицинского обслуживания;
- Администрирование Вашего медицинского плана;
- Помощь при решении вопросов, связанных с общественным здравоохранением и безопасностью;
- Проведение исследований;
- Обеспечение соответствия законодательству;
- Предоставление ответов на запросы о донорстве органов и тканей, а также сотрудничество с медицинскими экспертами и уполномоченными лицами похоронных бюро;
- Обеспечение компенсаций работникам, получившим травму на работе, исполнение законов и выполнение других государственных требований;
- Реагирование на судебные иски.

» Более подробная информация о выборе и о том, как его сделать, приведена на **стр. 3 и 4.**

## Ваши права

### У Вас есть определенные права в отношении Вашей медицинской информации.

В этом разделе объяснены Ваши права и некоторые из Ваших обязанностей.

#### Получение копии Ваших медицинской карты и истории страховых требований;

- Вы можете посмотреть или получить копию Вашей медицинской карты и истории страховых требований, а также другой Вашей медицинской информации, имеющейся у нас. Спросите у нас, как это сделать.
- Обычно мы предоставляем копию или выписку из медицинской карты и истории страховых требований в течение 30 дней с момента запроса. За эту услугу может взиматься разумная плата, соответствующая нашим затратам.

#### Просьба о коррекции медицинской карты и истории страховых требований

- Вы можете попросить, чтобы мы внесли коррективы в Вашу медицинскую карту и историю страховых требований, если Вы считаете, что они неверны или являются неполными. Спросите у нас, как это сделать.

#### Требование конфиденциальности общения

- Мы можем отказать Вам в этом, но в этом случае мы в течение 60 дней предоставим Вам объяснение в письменном виде.
- Вы можете обратиться с просьбой связываться с Вами определенным образом (например, по домашнему или рабочему телефону) либо направлять почтовую корреспонденцию по другому адресу.
- Мы рассматриваем все разумные просьбы. Мы обязаны согласиться, если Вы укажете, что в противном случае Вы окажетесь в опасности.

#### Просьба об ограничении используемой и предоставляемой другим сторонам информации

- Вы можете попросить, чтобы мы **не** использовали и **не** предоставляли другим сторонам определенную медицинскую информацию для лечения, оплаты или в целях нашей деятельности.
- Мы не обязаны удовлетворять такой запрос, и в случае, если это повлияет на Ваше обслуживание, мы можем отказать Вам в этом.

#### Получение списка лиц и учреждений, которым мы предоставили Ваши данные

- Вы можете попросить, чтобы мы предоставили Вам список (отчет) тех случаев, когда мы предоставляли Вашу медицинскую информацию, за период длительностью в шесть лет, предшествующих дате направления такой просьбы, с указанием лиц и организаций, которым такая информация была предоставлена, а также с указанием причин.
- Мы укажем все случаи раскрытия Вашей информации, связанных с лечением, оплатой и деятельностью по медицинскому обслуживанию, а также некоторые другие случаи раскрытия информации (например, когда Вы просили раскрыть Вашу информацию кому-либо). Мы предоставляем один бесплатный отчет в год. В случае, если Вы запросите еще один отчет в течение 12 месяцев, мы потребуем за это разумную плату в соответствии с нашими затратами.

#### Получение копии этого уведомления о конфиденциальности

- Вы можете в любое время попросить бумажную копию этого уведомления, даже если Вы согласились получить уведомление в электронном виде. Мы в ближайшее время предоставим Вам бумажную копию.

#### Выбор представителя, который будет действовать от Вашего имени

- Если Вы предоставили кому-либо медицинскую доверенность или кто-либо является Вашим законным опекуном, этот человек может осуществлять Ваши права и принимать решения в отношении Вашей медицинской информации.
- Мы проследим, чтобы этот человек мог пользоваться своим правом действовать от Вашего имени, прежде чем мы осуществим какие-либо действия.

#### Подача жалобы, если Вы считаете, что Ваши права были нарушены

- Вы можете подать жалобу, если Вы считаете, что мы нарушили Ваши права. Чтобы сделать это, свяжитесь с нами, используя информацию на стр. 1.
- Вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам при Министерстве здравоохранения и социальных служб США, направив письмо по адресу U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, позвонив по номеру 1-877-696-6775 или пройдя по ссылке [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- Мы не будем принимать ответные меры в случае, если Вы подадите жалобу.

## Ваш выбор

**В некоторых случаях Вы можете определить, какую информацию мы будем предоставлять другим сторонам.** Если у Вас есть конкретное предпочтение относительно того, каким образом мы будем обмениваться Вашей информацией в описанных ниже случаях, сообщите нам об этом. Расскажите нам о своих пожеланиях, и мы будем следовать предоставленным Вами инструкциям.

### Вы имеете право и выбор потребовать, чтобы мы:

- Предоставляли Вашу информацию Вашим семье, близким друзьям и другим лицам, принимающим участие в оплате Вашего медицинского обслуживания;
- Предоставляли Вашу информацию в случае оказания помощи при стихийном бедствии.

*Если Вы не можете сообщить о своем предпочтении, например, потому что находитесь без сознания, мы можем предоставить Вашу информацию другим сторонам, если посчитаем, что это в Ваших интересах. Мы также можем предоставлять Вашу информацию другим сторонам, когда это требуется в целях уменьшения серьезной и неминуемой угрозы для Вашего здоровья и безопасности.*

### В следующих случаях мы никогда не предоставляем другим лицам Ваши данные, если Вы не предоставили нам соответствующего письменного разрешения:

- Реклама;
- Продажа Вашей информации;
- Большинство записей с сеансов психотерапии.

## Использование и раскрытие информации

**Как мы обычно используем Вашу информацию и предоставляем ее другим сторонам?** Обычно мы делаем это в следующих случаях.

### Оказание помощи по управлению получаемым Вами медицинским обслуживанием

- Мы можем использовать Вашу медицинскую информацию и предоставлять ее специалистам, занимающимся Вашим лечением.

*Пример:* Врач направляет нам информацию о Вашем диагнозе и плане лечения, чтобы мы могли организовать предоставление дополнительных услуг.

### Управление нашей организацией

- Мы можем использовать Вашу информацию и раскрывать ее в целях управления нашей организацией, а также связываться с Вами по мере необходимости.
- **Мы не можем использовать генетическую информацию для принятия решения относительно возможности предоставления Вам страхования и определения его стоимости.** Это не относится к планам долговременного ухода.

*Пример:* Мы используем Вашу медицинскую информацию, чтобы разрабатывать более качественное обслуживание для Вас.

### Оплата Вашего медицинского обслуживания

- Мы можем использовать и раскрывать Вашу медицинскую информацию при оплате Вашего медицинского обслуживания.

*Пример:* Мы предоставляем Ваши данные Вашему стоматологическому плану в целях координации Вашего стоматологического обслуживания.

### Администрирование Вашего плана

- Мы можем раскрывать Вашу медицинскую информацию спонсору Вашего медицинского плана в целях администрирования плана.

*Пример:* Ваша компания заключает с нами контракт для предоставления плана здравоохранения, а мы предоставляем Вашей компании определенную статистическую информацию с целью пояснения взимаемых нами премий.

## Как еще мы используем Вашу информацию или предоставляем ее другим сторонам?

Мы можем или обязаны предоставлять Ваши данные и в других случаях – обычно в целях общественного блага, например, общественного здравоохранения и проведения исследований. Прежде чем предоставлять Вашу информацию в этих целях, нам необходимо обеспечить соответствие многим законодательным условиям. Более подробная информация доступна по ссылке: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

### Помощь в отношении общественного здравоохранения и безопасности

- Мы можем предоставлять Вашу медицинскую информацию другим сторонам в некоторых случаях, например:
  - Профилактика заболеваний;
  - Помощь в отзыве продукции;
  - Сообщение о нежелательных реакциях на лекарственные средства;
  - Сообщение о предполагаемых случаях надругательства, небрежного обращения или домашнего насилия;
  - Предотвращение или уменьшение серьезной угрозы чьему-либо здоровью или безопасности.

### Проведение исследований

- Мы можем использовать Вашу информацию или предоставлять ее другим сторонам для проведения медицинских исследований.

### Обеспечение соответствия законодательству

- Мы предоставим Ваши данные, если этого требует федеральное законодательство или законодательство штата, в том числе Министерству здравоохранения и социальных служб, если оно изъявит желание убедиться в том, что мы соблюдаем федеральный закон о неприкосновенности личной жизни.

### Предоставление ответов на запросы о донорстве органов и тканей, а также сотрудничество с медицинскими экспертами и уполномоченными лицами похоронных бюро

- Мы можем предоставить Вашу медицинскую информацию организациям трансплантационной координации.
- В случае смерти клиента мы можем предоставлять медицинскую информацию коронеру, медицинскому эксперту или уполномоченному лицу похоронного бюро.

### Обеспечение компенсаций работникам, получившим травму на работе, исполнение законов и выполнение других государственных требований

- Мы можем использовать Вашу медицинскую информацию и предоставлять ее:
  - В целях требований компенсации работнику, получившему травму на работу;
  - В целях обеспечения правопорядка, а также сотруднику правоохранительных органов;
  - Агентствам по надзору в сфере здравоохранения в целях осуществления деятельности, предусмотренной законом;
  - Специальным государственным службам, например, военной службе, службе национальной безопасности и службам охраны президента.

### Реагирование на судебные иски

- Мы можем предоставить Вашу медицинскую информацию в ответ на судебное или административное постановление.

- I. Департамент здравоохранения штата Орегон (ОНА) может использовать или раскрывать охраняемую медицинскую информацию из регистрационных форм в целях определения того, в каких программах Вы имеете право участвовать или каким страхованием Вам нужно пользоваться.
- II. ОНА руководствуется требованиями федеральных законов о неприкосновенности личной жизни и соответствующими законами штата, в том числе законами в отношении употребления наркотиков и злоупотребления алкоголем, а также медицинского лечения и психических заболеваний и их лечения.
- III. ОНА может использовать и раскрывать историю об употреблении наркотиков, если у лица либо организации, получающего (-ей) такую информацию, имеется специализированное соглашение с ОНА.
- IV. Если ОНА раскроет кому-либо информацию с Вашего согласия, такая информация может не охраняться правилами конфиденциальности, и лицу, получающему эту информацию, может потребоваться обеспечить ее защиту. Такое лицо может раскрыть Вашу информацию кому-либо без Вашего согласия.

## Наши обязанности

---

- По закону мы обязаны обеспечивать конфиденциальность и безопасность Вашей охраняемой медицинской информации;
- Мы незамедлительно сообщим Вам о случае нарушения, которое может привести к нарушению конфиденциальности или безопасности Вашей информации.
- Мы обязаны выполнять обязанности и соблюдать порядок обращения с личной информацией, описанные в этом уведомлении, а также предоставить Вам его копию.
- Мы не будем использовать или раскрывать Вашу информацию каким-либо образом, не описанным в этом документе, за исключением случаев, когда Вы предоставляете нам такое разрешение в письменном виде. Дав нам такое разрешение, Вы можете изменить свое решение в любой момент. Если Ваше решение изменится, сообщите нам об этом в письменном виде.

Более подробная информация доступна по ссылке: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticipp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticipp.html).

## Изменения условий этого уведомления

Мы можем изменить условия этого уведомления. Такие изменения применяются ко всей имеющейся у нас информации о Вас. Новое уведомление будет доступно по запросу на нашем веб-сайте, и мы направим Вам копию по почте.

*Утверждено Сьюзан Хоффман, COO 2-14-2014*

*Это Уведомление о порядке обращения с личной информацией применяется к Департаменту здравоохранения штата Орегон и его деловым партнерам, в том числе Управлению социального обеспечения штата Орегон.*

*Чтобы воспользоваться какими-либо описанными выше правами в отношении личной информации, Вы можете связаться с местным отделением ОНА.*

***Чтобы получить это уведомление на другом языке, напечатанным крупным шрифтом, шрифтом Брайля либо в другом формате, позвоните по номеру 503-378-3486, отправьте сообщение по факсу на номер 503-373-7690 либо воспользуйтесь сервисом ТTY 503-378-3523. Это уведомление доступно на английском языке и в переводе на испанский, русский, вьетнамский, сомалийский, арабский, бирманский, боснийский, камбоджийский, корейский, лаосский, португальский и китайский языки. Также документ можно получить напечатанным крупным шрифтом или шрифтом Брайля.***

## **OREGON HEALTH AUTHORITY (ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ШТАТА ОРЕГОН)**

Privacy Officer (Ответственный за конфиденциальность информации), 500 Summer Street NE, E-24,  
Salem, OR 97301

**Электронная почта:** [dhs.privacyhelp@state.or.us](mailto:dhs.privacyhelp@state.or.us)

**Телефон:** 503-945-5780

**Факс:** 503-947-5396