

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВИЛАХ СОБЛЮДЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

Дата вступления в силу: 23 сентября 2013 г.

В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАНО, КАК МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ И РАСКРЫВАТЬСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ВАС, А ТАКЖЕ КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ К НЕЙ ДОСТУП. ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ЭТИМ ДОКУМЕНТОМ.

Согласно требованиям закона мы обязаны защищать медицинскую информацию, которая позволяет установить вашу личность, а также предоставить вам копию данного уведомления, которое описывает ваши правовые обязанности и порядок обеспечения конфиденциальности и защиты медицинской информации медицинского центра SUNY Downstate, его медперсонала и аффилированных поставщиков медицинских услуг, которые совместно с SUNY Downstate предоставляют медицинское обслуживание. Копия нашего текущего уведомления всегда будет вывешена в наших регистратурах. Вы также сможете получить собственные копии на веб-сайте www.downstate.edu, позвонив в соответствующее приемное отделение или попросив предоставить их вам во время вашего следующего визита. Вы можете в любое время попросить предоставить вам бумажный экземпляр данного уведомления, даже если ранее вы согласились на получение уведомления в электронном виде.

Если у вас появились вопросы или вы хотите получить дополнительные сведения, обращайтесь к представителю по связям с пациентами. В отдел по связям с пациентами (Patient Relations Department) Медицинского центра SUNY Downstate в LICH (SUNY Downstate Medical Center) можно позвонить по телефону 718-270-1111.

КТО ОБЯЗАН СОБЛЮДАТЬ ЭТО УВЕДОМЛЕНИЕ?

Медицинский центр SUNY Downstate предоставляет медицинское обслуживание пациентам совместно с врачами и другими медицинскими специалистами и организациями. Описанных в этом уведомлении мер обеспечения конфиденциальности обязаны придерживаться указанные ниже лица и организации.

1. Все сотрудники, медицинский персонал, стажеры, студенты и добровольцы в:
 - a. Университетской больнице Медицинского центра SUNY Downstate в Бруклине, а также во всех ее вспомогательных службах;
 - b. Компании University Physicians of Brooklyn, Inc. (UPB), предоставляющей медицинское обслуживание в медицинском центре SUNY Downstate;
 - c. Исследовательском фонде SUNY.
2. Деловые партнеры медицинского центра SUNY Downstate (которые описаны ниже).

РАЗРЕШЕНИЯ, ОПИСАННЫЕ В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ

В этом уведомлении описаны различные типы разрешений, которые мы должны получить у вас до того, как сможем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию в различных целях. В этом уведомлении затрагиваются два указанных ниже типа уведомления.

- «Возможность возражения». Мы обязаны предоставить вам этот документ до того, как сможем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию в определенных целях.

- «Письменное разрешение». В этом документе представлены подробные сведения о лицах, которые могут получать вашу медицинскую информацию, а также о конкретных целях, в которых она может использоваться или раскрываться. Мы имеем право использовать вашу медицинскую информацию, указанную в письменном разрешении, только теми способами, которые изложены в этом подписанном вами документе. Срок действия письменного разрешения ограничен.

ВАЖНЫЕ ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Требования, связанные с письменным разрешением. В большинстве случаев использования или раскрытия сведений психиатрического лечения, использования или раскрытия вашей медицинской информации в маркетинговых целях, а также раскрытия медицинской информации с целью ее продажи потребуется ваше предварительное письменное разрешение. Кроме того, использование или раскрытие вашей медицинской информации в случаях, не описанных в данном уведомлении, может быть осуществлено только с вашего письменного разрешения. Кроме того, если вы хотите организовать передачу своих документов другому лицу, вам также нужно заполнить форму письменного разрешения. Предоставив нам письменное разрешение, вы можете отозвать его в любое время. Однако отзыв не действует в отношении уже предпринятых в рамках разрешения действий. Для того чтобы отозвать письменное разрешение, позвоните в Отдел управления медицинской информацией по телефону 718-270-1845, и вам предоставят соответствующие формы.

Исключения из требований, связанных с письменным разрешением. В некоторых описанных ниже ситуациях мы имеем право использовать вашу медицинскую информацию и предоставлять ее третьим лицам без вашего письменного разрешения. Это следующие случаи:

- **Исключения, связанные с лечением, оплатой и деловыми операциями.** Мы имеем право использовать и предоставлять вашу медицинскую информацию для лечения вашего заболевания, сбора платежей за лечение, а также для выполнения наших деловых операций. В некоторых случаях мы также имеем право раскрывать вашу медицинскую информацию другим поставщикам медицинской информации или плательщикам, чтобы они могли произвести оплату или выполнить ряд других деловых операций. Дополнительные сведения см. на стр. 4 этого уведомления.
- **Исключения, связанные с каталогом пациентов, а также раскрытием информации родственникам и друзьям, ухаживающим за вами.** Мы уточним, не возражаете ли вы против включения информации о вас в наш каталог пациентов или раскрытия сведений о вашем здоровье родственникам и друзьям, ухаживающим за вами. Дополнительные сведения см. на стр. 5 этого уведомления.
- **Исключения, связанные с чрезвычайными ситуациями или общественными потребностями.** Мы имеем право использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию в чрезвычайных ситуациях и в связи с важными общественными потребностями. Например, мы можем предоставлять вашу информацию общественным органам здравоохранения в штате Нью-Йорк или городским департаментам здравоохранения, уполномоченным изучать и контролировать распространение заболеваний. Дополнительные сведения см. на стр. 5-7 этого уведомления.
- **Исключения, связанные с полным или частичным удалением личных данных из информации.** Мы имеем право использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию, предварительно полностью удалив из нее все ваши личные данные. Мы также можем использовать и раскрывать информацию с частично удаленными личными сведениями, если ее получатель в письменном виде согласится обеспечивать ее конфиденциальность. Дополнительные сведения см. на стр. 7 этого уведомления.

Как получить доступ к своей медицинской информации? Как правило, вы можете проверять и копировать свою медицинскую информацию. Дополнительные сведения см. на стр. 7-8 этого уведомления.

Как исправить свою медицинскую информацию? Если вы полагаете, что ваша медицинская информация содержит неверные или неполные данные, вы имеете право потребовать, чтобы мы внесли в нее изменения. Дополнительные сведения см. на стр. 8 этого уведомления.

Как узнать, кто получил вашу медицинскую информацию? В соответствии с нормами, описанными в настоящем Уведомлении о правилах соблюдения конфиденциальности, вы имеете право получить отчет о случаях раскрытия информации, в котором должны быть указаны лица или организации, которым мы предоставили вашу медицинскую информацию. Однако в этом отчете, как правило, указываются многие нестандартные случаи раскрытия информации, а многие стандартные случаи раскрытия информации не будут включены в этот отчет. Дополнительные сведения см. на стр. 8-9 этого уведомления.

Как запросить дополнительные меры для защиты конфиденциальности? Вы имеете право потребовать, чтобы мы ограничили использование или раскрытие вашей медицинской информации определенным образом. Мы не обязаны соглашаться с этим ограничением. Однако если мы дадим подобное согласие, то должны будем соблюдать его. Тем не менее, если вы попросите ограничить раскрытие вашей медицинской информации поставщику услуг, которому вы платите за медицинское обслуживание, и раскрытие имеет отношение к медицинскому изделию или услуге, которые вы (или другое лицо от вашего имени) оплатили полностью наличными на момент вашего запроса, мы обязаны будем по закону согласиться на такое ограничение. Дополнительные сведения см. на стр. 9 этого уведомления.

Как потребовать, чтобы общение с вами осуществлялось более конфиденциально? Вы имеете право потребовать, чтобы мы общались с вами более конфиденциально, например не на работе, а дома. Мы постараемся выполнить все обоснованные запросы. Дополнительные сведения см. на стр. 9 этого уведомления.

Как выбрать человека, который будет выступать от вашего имени? Вы имеете право назначить личного представителя, который будет выступать от вашего имени и следить за соблюдением конфиденциальности вашей медицинской информации. Как правило, родители и опекуны имеют право выполнять эту функцию для детей, если только детям не разрешено по закону выступать от своего имени.

Как узнать об особых мерах обеспечения конфиденциальности генетической информации, а также сведений о ВИЧ, злоупотреблении алкоголем и наркотиками и психическом здоровье? В отношении генетической информации, а также сведений, связанных с ВИЧ, лечением злоупотребления алкоголем и наркотиками, а также психическим здоровьем, принимаются особые меры обеспечения конфиденциальности. К подобному типу информации могут быть неприменимы отдельные части этого общего Уведомления о правилах соблюдения конфиденциальности. Если ваше лечение затрагивает такие сведения, вам будут выданы отдельные уведомления, в которых объяснено, как защищена подобная информация. Чтобы запросить копии этих других уведомлений прямо сейчас, свяжитесь с приемным отделением по телефону 718-270-2862.

Как получить экземпляр измененного уведомления? Периодически мы можем вносить изменения в наши правила соблюдения конфиденциальности. При внесении изменений мы отредактируем данное уведомление, чтобы предоставить вам точные данные о наших действиях. После этого измененное уведомление начинает действовать в отношении всей вашей медицинской информации. Мы вывесим его в наших регистратурах. Кроме того, по запросу вы сможете получить отдельный экземпляр измененного уведомления. Дата его вступления в силу всегда указывается в верхнем правом углу на первой странице. Мы обязаны соблюдать все условия, изложенные в версии уведомления, действующей в настоящее время.

Каким образом вас будут извещать о нарушениях. Мы очень серьезно относимся к защите вашей медицинской информации. Однако, в случае нарушения политики конфиденциальности в отношении вашей незащищенной информации вы имеете право узнать о таком нарушении. Мы отправим вам письменное уведомление с информацией о нарушении, и если мы не сможем связаться с вами, мы постараемся сделать это альтернативными способами.

Как подать жалобу? Если вы полагаете, что ваши права в отношении конфиденциальности были нарушены, вы можете подать жалобу нам или секретарю Департамента здравоохранения и социального обеспечения (Department of Health and Human Services). *Никто не будет применять ответные меры или меры против вас за подачу жалобы.*

Чтобы подать нам жалобу, свяжитесь с представителем отдела связей с пациентами по телефону 718-270-1111. Вы также можете обратиться на линию правового соответствия Медицинского центра SUNY Downstate **по телефону 877-349-SUNY (7869)** или отправить отчет в Интернете, нажав на «Линия правового соответствия» внизу веб-сайта Медицинского центра SUNY Downstate www.downstate.edu

Чтобы подать жалобу в Департамент здравоохранения и социального обеспечения, вы можете прислать письмо по адресу или позвонить по телефону:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
26 Federal Plaza - Suite 3313
New York, NY 10278

Телефон: (212) 264-3313
Линия TDD: (212) 264-2355
Факс: (212) 264-3039

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВИЛАХ СОБЛЮДЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ: ПОДРОБНОСТИ

Мы стремимся обеспечивать конфиденциальность той информации о вас, которую мы собираем во время оказания медицинских услуг. Вот несколько примеров защищаемой медицинской информации:

- сведения о том, что вы являетесь нашим пациентом, проходите у нас лечение или пользуетесь иными медицинскими услугами;
- сведения о состоянии вашего здоровья (например, о нынешних заболеваниях);
- сведения о медицинских продуктах или услугах, которые предоставлены или могут быть предоставлены вам (например, об операциях);
- сведения о ваших медицинских льготах в рамках страхового плана (например, об оплате выписанных по рецепту препаратов).

Однако эта информация защищается, только если она содержит:

- демографические сведения (например, ваше имя, адрес или сведения о страховке);
- уникальные номера, по которым можно установить вашу личность (например, номер карты социального обеспечения, телефона или водительского удостоверения);
- другие типы сведений, которые позволяют установить вашу личность.

НАШИ ПРАВА НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

1. Лечение, оплата и деловые операции

Перед оказанием вам услуг в Медицинском центре SUNY Downstate вас попросят подписать заявление о том, что мы имеем право использовать медицинскую информацию или предоставлять ее третьим лицам для лечения вашего заболевания, получения платежей за лечение или ведения наших деловых операций. В некоторых случаях мы также можем предоставлять вашу медицинскую информацию другим поставщикам медицинских услуг или плательщикам, чтобы получить от них платежи или выполнить определенные деловые операции. Ниже более подробно описано, как ваша информация может использоваться и предоставляться в этих целях.

Лечение. Мы имеем право предоставлять вашу медицинскую информацию обслуживающим вас врачам или медсестрам Медицинского центра SUNY Downstate. Это даст им возможность диагностировать или лечить вас. Например, наши врачи имеют право предоставить вашу медицинскую информацию врачу из нашей или другой больницы, чтобы определить, как вас нужно диагностировать или лечить. Кроме того, наш врач имеет право передать медицинскую информацию другому врачу, к которому вы направляетесь для дальнейшего лечения.

Оплата. Мы имеем право использовать вашу медицинскую информацию или предоставлять ее третьим лицам, чтобы получать платежи за оказываемые нами медицинские услуги. Например, мы можем предоставить информацию о вас вашей страховой компании, чтобы получить компенсацию за ваше лечение или чтобы узнать, оплатит ли она его. Кроме того, в некоторых случаях мы должны сообщать страховой компании о ваших

заболеваниях, чтобы получить разрешение на лечение, например на госпитализацию или определенные виды операций. Наконец, мы имеем право предоставлять вашу информацию другим поставщикам медицинских услуг или плательщикам для осуществления ими платежных операций.

Деловые операции. Мы имеем право использовать вашу медицинскую информацию или предоставлять ее третьим лицам для ведения наших деловых операций. Например, мы можем использовать вашу медицинскую информацию, чтобы оценить эффективность ухода за вами нашими сотрудниками или показать им, как более качественно обслуживать вас. Наконец, мы имеем право предоставлять вашу медицинскую информацию другим поставщикам медицинских услуг или плательщикам для ведения определенных деловых операций, если подобная информация связана с нынешними или прошлыми отношениями между вами и поставщиком или плательщиком, а поставщик или плательщик обязан по федеральному законодательству обеспечивать конфиденциальность вашей медицинской информации.

Благотворительный сбор средств. С целью выполнения наших деловых операций мы можем использовать демографическую информацию о вас, в том числе сведения о вашем возрасте, поле и дате рождения, месте жительства или работы, датах получения лечения, страховом статусе, отделении или кабинете, в которых вы проходили лечение, имени врача, лечившего вас, и общие сведения об исходе лечения (например, положительный или отрицательный результат лечения), чтобы мы могли обратиться к вам с целью сбора средств, направленных на улучшение нашей деятельности. Кроме того, мы можем предоставить эту информацию благотворительному фонду, который будет связываться с вами по поводу сбора средств от нашего имени. Вы имеете право отказаться от получения писем от нас по поводу сбора средств. Для этого необходимо позвонить в Отдел по связям с пациентами по телефону 718-270-1111, где вам предоставят соответствующую форму запроса. Кроме того, вы можете отказаться от получения от нас писем по поводу сбора средств в полученном от нас сообщении.

Бизнес-партнеры. Мы имеем право предоставлять вашу медицинскую информацию подрядчикам, агентам или другим бизнес-партнерам, которым она требуется для оказания нам помощи с получением платежей или выполнением наших деловых операций. Например, мы можем предоставлять вашу медицинскую информацию билинговой компании, которая помогает нам получать платежи от вашей страховой компании. Также мы можем предоставлять вашу медицинскую информацию бухгалтерским или юридическим фирмам, которые оказывают нам профессиональные консультации о том, как улучшить наши медицинские услуги, не нарушая требования законодательства. Если нам потребуется предоставить вашу медицинскую информацию бизнес-партнеру, мы заключим с ним письменный контракт, обязывающий нашего бизнес-партнера обеспечивать конфиденциальность вашей медицинской информации.

Студенты и стажеры. Медицинский центр SUNY Downstate является академическим центром, в котором студенты-медики и стажеры проходят клиническое обучение и интернатуру. Соответственно, мы имеем право предоставлять вашу информацию студентам и стажерам при условии, что они придерживаются наших правил в отношении защиты вашей конфиденциальности.

2. Каталог пациентов, а также родственники и друзья

Мы имеем право использовать и предоставлять вашу медицинскую информацию в своем каталоге пациентов или предоставлять ее ухаживающим за вами родственникам и друзьям без вашего письменного разрешения. Однако у вас всегда будет возможность возразить против регистрации в каталоге. При чрезвычайных ситуациях мы обсудим ваши предпочтения по завершении подобных ситуаций. Вы можете изменить или отозвать свое возражение в любое время. Мы постараемся соблюдать ваши желания, если только мы не будем обязаны поступить иначе по закону.

Каталог пациентов. Если вы не будете возражать, мы включим сведения о вашем имени, расположении в рамках нашего учреждения, вашем общем состоянии (*т. е.* хорошее, стабильное, критическое и т. д.), а также о вашей религиозной принадлежности в наш каталог пациентов на то время, пока вы проходите лечение в нашей больнице или одном из учреждений, перечисленных в начале этого уведомления. Эти сведения из каталога, кроме религиозной принадлежности, могут быть предоставлены лицам, спрашивающим о вас по имени. Ваша религиозная принадлежность может быть сообщена представителям духовенства, например священнику или раввину, даже если он не спрашивает о вас по имени.

Ухаживающие за вами родственники и друзья. После регистрации у вас будет возможность назвать членов семьи, родственников или близких друзей, которым мы можем предоставлять вашу медицинскую информацию и которые будут участвовать в уходе за вами или будут оплачивать подобный уход. Кроме того, мы можем уведомлять вашего члена семьи, личного представителя или другого ухаживающего за вами человека о вашем местонахождении в больнице, общем состоянии, а также сообщать им при необходимости о вашей смерти. В некоторых случаях нам может понадобиться предоставить сведения о вас ликвидаторам последствий катастрофы, чтобы они помогли нам уведомить этих лиц.

3. Чрезвычайные ситуации или общественная необходимость

Мы имеем право использовать вашу медицинскую информацию и предоставлять ее третьим лицам для лечения вас в чрезвычайных ситуациях или в силу важной общественной необходимости. Мы не обязаны получать ваше общее письменное согласие или разрешение перед использованием или раскрытием вашей информации в подобных целях. Однако мы получим ваше письменное разрешение на использование или раскрытие медицинской информации либо предоставим вам возможность возразить против этого в тех случаях, когда подобное условие явно оговорено в законах штата.

Чрезвычайные ситуации. Мы имеем право использовать или предоставлять вашу медицинскую информацию, если вам требуется неотложное лечение или мы по закону обязаны лечить вас, но не можем получить ваше общее письменное согласие. В подобных случаях мы постараемся получить ваше общее письменное согласие как можно скорее после лечения.

Препятствия в обмене информацией. Мы имеем право использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию, если мы не можем получить ваше общее письменное согласие из-за значительных препятствий в обмене информацией с вами, а также полагаем, что вы согласились бы на лечение, если бы смогли сообщить нам об этом.

Требования законодательства. Мы имеем право использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию в силу требований законодательства. Также мы сообщим вас о подобном использовании или раскрытии информации, если подобное уведомление будет требоваться по закону.

Меры по обеспечению общественного здравоохранения. Мы имеем право предоставить вашу медицинскую информацию уполномоченным органам здравоохранения (или сотрудничающим с ними зарубежным правительственным агентствам) для реализации мер по обеспечению общественного здравоохранения. Например, мы можем предоставлять вашу медицинскую информацию правительственным органам, ответственным за контроль заболеваний, травм или инвалидности, а также для того, чтобы зафиксировать рождение или смерть. Если это разрешено по закону, мы также имеем право предоставить вашу медицинскую информацию тем людям, которые могли оказаться заражены инфекционным заболеванием или стать его переносчиками. Наконец, если ваш работодатель нанял нас для проведения вашего медосмотра и мы выявили у вас производственные травмы или заболевания, о которых должен знать работодатель для соблюдения трудового законодательства, то мы также имеем право предоставить ему часть вашей медицинской информации.

Жертвы жестокого обращения, халатного обращения или домашнего насилия. Мы имеем право предоставить вашу медицинскую информацию общественным органам здравоохранения, ответственным за сбор сведений о жестоком обращении, халатном обращении или домашнем насилии. Например, мы можем передать сведения о вас в правительственные органы, если мы обоснованно полагаем, что вы стали жертвой жестокого обращения, халатного обращения или домашнего насилия. Перед раскрытием этой информации мы сделаем все возможное, чтобы получить ваше разрешение. Однако в некоторых случаях мы обязаны или уполномочены действовать без вашего разрешения.

Контрольные процедуры органов здравоохранения. Мы имеем право предоставить вашу медицинскую информацию правительственным органам, уполномоченным проводить проверки, расследования или инспекции нашего учреждения. Эти правительственные органы контролируют работу системы здравоохранения, правительственных льготных программ, таких как Medicare и Medicaid, а также соответствие требованиям правительственных распорядительных программ и гражданского права.

Контроль за состоянием изделий, а также их ремонт и отзыв. Мы имеем право предоставить вашу медицинскую информацию лицам или компаниям, деятельность которых регламентирована Администрацией по продуктам питания и лекарственным препаратам (Food and Drug Administration), с целью: (1) сообщения о дефектах или проблемах изделий, а также их отслеживания; (2) ремонта, замены или отзыва дефектных или опасных изделий; (3) контроля за эффективностью работы изделия после его одобрения для широкого использования.

Судебные дела и споры. Мы имеем право предоставить вашу медицинскую информацию по приказу суда или органа административной юстиции, разбирающего судебное дело или иной спор.

Правоохранительные органы. Мы имеем право раскрывать вашу медицинскую информацию правоохранительным органам по указанным ниже причинам:

- для выполнения приказов суда или законов, которые мы обязаны соблюдать;
- для оказания правоохранительным органам помощи с выявлением или обнаружением подозреваемого, беглого преступника, свидетеля или без вести пропавшего человека;
- если вы стали жертвой преступления и мы установили, что: (1) мы не смогли получить ваше общее письменное согласие из-за чрезвычайной ситуации или вашей неспособности предоставить его; (2) эта информация немедленно требуется правоохранительным органам для выполнения их обязанностей; (3) по нашему профессиональному мнению, раскрытие информации этим органам будет в ваших интересах;
- если мы подозреваем, что вы погибли в результате преступления;
- при необходимости сообщить о преступлении, произошедшем на нашей территории;
- при необходимости сообщить о преступлении, выявленном во время медицинской чрезвычайной ситуации за пределами учреждения (например, сотрудниками скорой помощи на месте преступления).

Предотвращение серьезной и неизбежной угрозы для здоровья или безопасности. Мы имеем право использовать вашу медицинскую информацию или предоставлять ее третьим лицам при необходимости предотвратить серьезную и неизбежную угрозу для вашего здоровья и безопасности либо здоровья и безопасности другого человека или людей. В таких случаях мы будем предоставлять вашу информацию только тем, кто может помочь нам предотвратить эту угрозу. Также мы можем предоставить вашу медицинскую информацию правоохранительным органам, если вы сообщите нам, что участвовали в насильственном преступлении, в результате которого другой человек мог получить тяжелые телесные повреждения (если только вы не сообщили об этом во время психологических консультаций), либо если мы установим, что вы сбежали из законного места лишения свободы (например, из тюрьмы или психиатрического учреждения).

Службы национальной безопасности, разведки и личной безопасности. Мы имеем право предоставить вашу медицинскую информацию уполномоченным федеральным службам национальной безопасности, разведки и личной безопасности президента или других высокопоставленных должностных лиц.

Военнослужащие и ветераны. Если вы служите в вооруженных силах, то мы имеем право предоставить вашу медицинскую информацию соответствующим органам военного командования в тех целях, которые они сочтут необходимыми для выполнения своих военных задач. Кроме того, мы имеем право предоставить медицинскую информацию о зарубежных военнослужащих соответствующим иностранным военным органам.

Заключенные и исправительные учреждения. Если вы являетесь заключенным или задержаны представителем правоохранительного органа, мы имеем право при необходимости предоставить вашу медицинскую информацию тюрьме или правоохранительным органам для оказания вам медицинских услуг или обеспечения безопасности и правопорядка в месте вашего заключения. Это касается и предоставления информации, необходимой для защиты здоровья и безопасности других заключенных или лиц, которые надзирают за заключенными или перевозят их.

Компенсации работникам, получившим травмы на работе. Мы имеем право предоставить вашу медицинскую информацию для получения вами компенсаций или участия в аналогичных программах, предоставляющим пособия в связи с производственными травмами.

Патологоанатомы, судебно-медицинские эксперты и организаторы похорон. В случае вашей смерти мы имеем право использовать и предоставить вашу медицинскую информацию патологоанатомам и судебно-медицинским экспертам. Это может быть необходимо, например, для определения причины смерти. При необходимости мы также можем предоставить эту информацию организаторам похорон, чтобы они могли выполнить свои обязанности.

Донорство органов и тканей. В случае вашей смерти мы имеем право раскрывать вашу медицинскую информацию организациям, которые занимаются забором и хранением органов, глаз или других тканей. Это позволит данным организациям выяснить, возможно ли донорство или трансплантация в рамках применимого законодательства.

Исследования. В большинстве случаев перед использованием вашей информации или ее раскрытием третьим лицам для проведения исследований мы попросим вас предоставить письменное разрешение на это. Однако в некоторых обстоятельствах при условии, что мы получили одобрение в результате специальной процедуры, позволяющей удостовериться в том, что проведение исследования без вашего письменного разрешения представляет минимальную угрозу для вашей конфиденциальности, мы имеем право использовать и предоставлять вашу медицинскую информацию без вашего согласия. Однако исследователям ни при каких обстоятельствах не разрешено публично использовать ваше имя или личные данные. Также мы имеем право без вашего письменного согласия предоставлять вашу медицинскую информацию тем людям, которые подготавливают будущий исследовательский проект, при условии, что подобная информация, позволяющая установить вашу личность, не покинет стены нашего учреждения. В случае вашей смерти мы имеем право предоставлять вашу медицинскую информацию тем людям, которые проводят исследование на основе данных об умерших. Однако они обязаны дать согласие не выносить за стены нашего учреждения какие-либо сведения, позволяющие установить вашу личность. Через 50 лет после смерти медицинская информация не будет больше защищаться мерами, изложенными в данном уведомлении.

4. Информация с частично или полностью удаленными личными данными.

Мы имеем право использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию, предварительно полностью удалив из нее все данные, позволяющие установить вашу личность. Мы также имеем право использовать и раскрывать медицинскую информацию с частично удаленными личными данными, если ее получатель подпишет соглашение, которое обязет его соблюдать конфиденциальность информации по федеральному законодательству или законодательству штата. Медицинская информация с частично удаленными личными данными *не* будет содержать никаких сведений, позволяющих установить вашу личность (например, ваше имя, домашний адрес, номер карты социального обеспечения, номер телефона или факса, адрес электронной почты или веб-сайта, а также номер водительского удостоверения).

5. Случайное раскрытие информации

Мы принимаем все обоснованные меры для защиты конфиденциальности вашей медицинской информации, однако в ряде случаев часть сведений может быть неправомерно раскрыта во время или в качестве неизбежного результата допустимого во всех прочих отношениях использования или раскрытия вашей медицинской информации. Например, во время вашего лечения другие пациенты могут увидеть вашу медицинскую информацию или услышать ее обсуждение.

ВАШИ ПРАВА НА ДОСТУП К СВОЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ И УПРАВЛЕНИЕ ЕЮ

Мы хотим довести до вашего сведения, что у вас есть указанные ниже права на доступ к своей медицинской информации и управление ею. Это очень важные права, поскольку они позволяют вам проверить точность своей медицинской информации. Кроме того, они дают вам возможность влиять на то, как мы используем вашу информацию и предоставляем ее третьим лицам, а также общаемся с вами по медицинским вопросам.

1. Право на проверку и копирование документов

Вы имеете право проверять свою медицинскую информацию, на основе которой принимаются решения о вас и вашем решении, и получать копии таких документов, пока мы храним эту информацию в своем архиве. Это касается медицинских документов и счетов. Чтобы посмотреть или получить копию вашей медицинской информации, обращайтесь в Отдел управления медицинской информацией по телефону 718-270-1845, где вам предоставят

соответствующую копию запроса. Если вы потребуете копии документов, мы имеем право взыскать с вас расходы на копирование, отправку и расходные материалы, необходимые для выполнения вашего запроса. Стандартный сбор составляет 0,75 долл. США за страницу. Как правило, он должен быть оплачен до или во время выдачи копий.

Мы обязаны ответить на ваш запрос о проверке документов в течение 10 дней. На запросы копий мы обычно отвечаем в течение 30 дней. Если нам потребуется дополнительное время для выполнения вашего запроса копий, мы письменно уведомим вас об этом в указанные выше сроки. При этом мы сообщим причину задержки, а также укажем, когда вы сможете получить окончательный ответ на свой запрос. Однако в любом случае мы ответим на ваш запрос копий не позднее 60 дней.

При очень редких обстоятельствах мы имеем право отклонить ваш запрос на проверку информации или получение копий документов. В этом случае мы предоставим вам общие сведения об этой информации. Кроме того, вы получите от нас письменное уведомление с объяснением причин, почему вам предоставлены только общие сведения, а также с полным описанием ваших прав в отношении пересмотра этого решения и процедуры их реализации. Также в уведомлении будет указано, как подать жалобу об этих проблемах нам или секретарю Департамента здравоохранения и социального обеспечения. Если по определенной причине мы отклоним ваш запрос частично, то мы предоставим вам полный доступ ко всем остальным сведениям после исключения той информации, просмотр и копирование которой мы не можем вам разрешить.

2. Право на внесение изменений в документы

Если вы полагаете, что указанная о вас медицинская информация является неверной или неполной, вы имеете право попросить, чтобы мы внесли в нее изменения. Вы имеете право подать запрос на изменение данных до тех пор, пока у нас хранятся соответствующие документы. Чтобы подать запрос на внесение изменений, позвоните в Отдел управления медицинской информацией по телефону 718-270-1845, где вам предоставят соответствующую форму запроса. В ней вы должны указать причину, почему вы полагаете, что мы должны внести изменения в документы. Обычно мы отвечаем на подобные запросы в течение 60 дней. Если нам потребуется дополнительное время для выполнения вашего запроса, мы уведомим вас об этом в течение 60 дней. При этом мы сообщим причину задержки, а также укажем, когда вы сможете получить окончательный ответ на свой запрос.

Если мы частично или полностью отклоним ваш запрос, мы предоставим вам письменное уведомление с объяснением соответствующих причин. Вы имеете право на то, чтобы определенная информация относительно запрошенного вами изменения была добавлена в ваши документы. Например, если вы не согласны с нашим решением, вы имеете возможность предоставить нам заявление о своем несогласии, которое мы добавим в ваши документы. Также мы сообщим вам, как подать жалобу нам или секретарю Департамента здравоохранения и социального обеспечения. Эти процедуры будут более подробно описаны в отправленном вам уведомлении об отказе.

3. Право на получение отчета о случаях раскрытия информации

Вы имеете право получить отчет о случаях раскрытия информации, в котором должны быть указаны определенные другие лица или организации, которым мы предоставили вашу медицинскую информацию в соответствии с применимым законодательством и нормами, описанными в настоящем Уведомлении о правилах соблюдения конфиденциальности. В этом отчете не будут указаны случаи раскрытия вашей медицинской информации в рамках больницы или между учреждениями, описанные в начале этого уведомления, при условии соблюдения всех остальных норм, оговоренных в этом Уведомлении о правилах соблюдения конфиденциальности (таких как получение обязательных одобрений до предоставления вашей медицинской информации нашим врачам для проведения исследований).

Также в этом отчете не будут указаны сведения о следующих случаях раскрытия информации:

- раскрытие информации вам или вашему личному представителю;
- раскрытие информации по вашему письменному разрешению;
- раскрытие информации для лечения, оплаты или ведения деловых операций;
- раскрытие информации из каталога пациентов;
- раскрытие информации вашим родственникам и друзьям, ухаживающим за вами или оплачивающим ваше обслуживание;
- случайное раскрытие информации в результате допустимого использования и раскрытие медицинской информации (например, если проходящий мимо пациент услышал информацию);

- раскрытие ограниченных частей медицинской информации, не позволяющих установить вашу личность, для проведения исследований, обеспечения общественного здравоохранения или ведения наших деловых операций;
- раскрытие информации федеральным службам национальной безопасности и разведки;
- раскрытие информации о заключенных исправительным учреждениям или правоохранительным органам;
- Случаи раскрытия информации, имевшие место до 14 апреля 2003 г. (даты вступления в силу Правила об обеспечении конфиденциальности Закона об унификации и учете в области медицинского страхования HIPAA).

Чтобы запросить отчет о случаях раскрытия информации, позвоните в Отдел управления медицинской информацией по телефону 718-270-1845, где вам предоставят соответствующую форму запроса. В ней вы должны указать, за какой период (не более шести прошлых лет) должен быть сформирован отчет. Например, вы можете запросить отчет о случаях раскрытия информации с 1 января 2012 г. по 1 января 2013 г. Вы имеете право бесплатно получать один отчет каждые 12 месяцев. За дополнительные отчеты взимается плата. Мы всегда будем уведомлять вас обо всех сопутствующих расходах. Так вы сможете отозвать или изменить свой запрос до того, как понести затраты. Обычно мы отвечаем на подобные запросы в течение 60 дней. Если нам потребуется дополнительное время для подготовки запрошенного отчета, мы письменно уведомим вас о причинах задержки, а также укажем дату, когда вы сможете получить отчет. В редких случаях по требованию правоохранительных или правительственных органов мы можем задержать предоставление вам отчета без указания причины.

4. Право на запрос дополнительных мер для защиты конфиденциальности

Вы имеете право потребовать, чтобы мы ограничили использование или раскрытие вашей медицинской информации в связи с лечением вашего заболевания, сбором платежей за обслуживание или ведением наших деловых операций. Также вы можете потребовать, чтобы мы ограничили раскрытие информации ухаживающим за вами родственникам или друзьям. Например, вы можете настоять на том, чтобы мы не сообщали им о перенесенной вами операции. Вам будет предоставлена возможность сделать подобный запрос во время регистрации. Вы также можете позвонить в Отдел по связям с пациентами по телефону 718-270-1111, где вам предоставят соответствующую форму запроса. В ней вы должны указать: (1) в отношении какой информации вы настаиваете на ограничениях; (2) хотите ли вы ограничить только использование информации, только ее раскрытие или и то, и другое; (3) в отношении кого должны действовать эти ограничения.

Мы не обязаны соглашаться на подобный запрос. В некоторых случаях он может быть запрещен по закону. *Однако если мы согласимся на него, то будем обязаны соблюдать его. Мы имеем право нарушить это обязательство только при необходимости неотложного лечения или для соблюдения требований законодательства.* Однако, если вы попросите ограничить раскрытие вашей медицинской информации поставщику медицинских услуг, которому вы платите за обслуживание, и раскрываемая информация связана с медицинским изделием или услугой, за которые вы (или другое лицо от вашего имени) полностью заплатили наличными на момент подачи запроса, мы должны будем согласиться на такое ограничение в соответствии с законом. Если мы согласимся установить ограничение, вы получите право снять его в любое время. При некоторых обстоятельствах мы также будем иметь право снять ограничение, уведомив вас об этом. В других случаях нам может понадобиться для этого ваше разрешение.

5. Право на запрос об обеспечении конфиденциальности общения

Вы имеете право потребовать, чтобы мы общались с вами по медицинским вопросам более конфиденциально, например альтернативными способами или в альтернативных местах. Например, вы можете попросить, чтобы мы связывались с вами не на работе, а дома. Вам будет предоставлена возможность сделать подобный запрос во время регистрации. Вы также можете связаться с Отделом по связям с пациентами по телефону 718-270-1111, где вам предоставят соответствующую форму запроса. В ней вы должны указать, как и где вы хотите, чтобы с вами связывались, а также как будет осуществляться оплата медицинских услуг, если мы будем общаться с вами альтернативными способами или в альтернативных местах. *Мы не будем уточнять у вас причину подобного запроса и по возможности постараемся выполнить его.*