

Политика конфиденциальности

Информация о пациенте, права пациента, ответственность YVFWC

1. В настоящем уведомлении описывается, как может использоваться и разглашаться медицинская информация пациента, а также как пациент может получить к ней доступ.
2. Это уведомление также относится к программам YVFWC Часть 2.
3. Пожалуйста, внимательно прочитайте это уведомление.

Права пациента

1. **Медицинская информация и права пациента.**
 - a. Этот раздел содержит разъяснения прав пациентов и некоторых обязанностей YVFWC по оказанию помощи каждому пациенту.
2. **Получение копии медицинской карты.**
 - a. По запросу вы можете просмотреть и получить электронную или бумажную копию своей медицинской карты и (или) другой документации с информацией о состоянии здоровья, которая хранится в YVFWC, поскольку вы являетесь пациентом YVFWC.
 - b. YVFWC предоставит копию медицинского документа пациента или выписку из него, как правило, в течение 15 дней с момента вашего запроса.
 - i. YVFWC может взимать обоснованную плату.
3. **Внесение изменений в историю болезни пациента.**
 - a. Будучи пациентом YVFWC, вы можете попросить YVFWC внести изменения в медицинскую информацию, которая, по вашему мнению, является неточной или неполной.
 - b. YVFWC рассмотрит запрос.
 - i. На ваш запрос мы можем сказать «нет», но обязательно сообщим причину отказа в течение 60 дней.
4. **Подавать запрос на использование конфиденциальных способов связи.**
 - a. Будучи пациентом YVFWC, вы можете попросить нас связаться с вами определенным образом (например, по номеру домашнего или рабочего телефона) или отправлять почту на другой адрес.
 - i. Мы удовлетворим все приемлемые просьбы.
5. **Попросить YVFWC ограничить объем предоставляемой информации.**
 - a. Будучи пациентом YVFWC, вы можете обратиться к нам с просьбой не использовать или не передавать определенную медицинскую информацию о лечении или осуществлении нашей деятельности.
 - i. YVFWC не обязан соглашаться с просьбой и может сказать «нет», если это повлияет на уход за пациентом.
 - b. Если вы оплачиваете услугу или медицинскую процедуру полностью из собственных средств, вы можете попросить, чтобы мы не передавали эту информацию в вашу страховую компанию с целью оплаты или осуществления нашей деятельности.

i. YVFWC выполнит вашу просьбу, кроме случаев, когда мы будем обязаны раскрыть данную информацию по закону.

6. Получить список лиц, которым YVFWC передает вашу информацию.

a. Будучи пациентом YVFWC, вы можете запрашивать список случаев передачи вашей медицинской информации за шестилетний период вплоть до определенной вами даты с указанием лиц, кому она передавалась YVFWC, и причин передачи.

i. YVFWC представит данные о всех случаях разглашения информации, за исключением информации о лечении, оплате и оказании медицинских услуг, а также определенных случаях разглашения информации (например, запрашиваемой вами).

- Один отчет в год предоставляется бесплатно, а за дополнительный отчет, запрошенный в течение 12 месяцев, будет взиматься плата, пропорциональная затратам.

7. Получать экземпляр этого уведомления о порядке использования персональной информации.

a. Будучи пациентом YVFWC, в любое время вы можете запросить бумажный экземпляр этого уведомления и YVFWC предоставит вам бумажный экземпляр, даже если до этого согласились получить электронную версию документа.

8. Выбрать своего законного представителя.

a. Если вы предоставили кому-либо медицинскую доверенность или если кто-то является вашим опекуном, этот человек может осуществлять ваши права и принимать решения в отношении вашей медицинской информации.

b. Прежде чем предпринимать какие-либо действия, YVFWC проверит, предоставлены ли эти полномочия вашему представителю и может ли он действовать от вашего имени.

9. Подавать жалобы, если, по вашему мнению, ваши права были нарушены.

a. Будучи пациентом YVFWC, если вы полагаете, что YVFWC нарушили ваши права, вы можете подать жалобу, связавшись с нами способами, информация о которых представлена в нижней части этого уведомления.

b. Вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социального обеспечения США (U.S. Department of Health and Human Services Office of Civil Rights), отправив письмо по адресу: **200 Independence Ave, S.W. Washington, D.C. 20201**, позвонив по телефону **1-877-696-6775**, или посетив сайт www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

c. За подачу жалобы никаких репрессивных мер в ваш адрес не последует со стороны YVFWC.

Выбор пациента

1. Вы можете сообщить нам о своем выборе в отношении передачи вашей определенной медицинской информации.

a. Свяжитесь с нами, если у вас есть четкие предпочтения в отношении передачи вашей информации в ситуациях, описанных ниже.

b. Сообщите, что нам необходимо сделать, и мы будем следовать вашим указаниям.

c. В этих случаях у вас есть право и возможность разрешить нам следующее.

2. Передавать информацию членам семьи, близким друзьям или другим лицам, участвующим в вашем лечении.

3. Передавать информацию для помощи при стихийных бедствиях.

4. Если вы не в состоянии уведомить нас о своих предпочтениях, например, когда вы без сознания, YVFWC может самостоятельно принять решение о передаче информации, если мы будем уверены, что это в ваших интересах.
 - a. YVFWC также может разглашать информацию для уменьшения серьезной и непосредственной угрозы вашему здоровью и безопасности.
5. В этих случаях YVFWC никогда не будет делиться вашей информацией, если вы не дадите нам письменного разрешения.
 - a. В маркетинговых целях.
 - b. Для продажи вашей информации.
 - c. Как правило, для передачи записей психотерапевта.
6. Обращаться к вам для сбора средств.
7. Сбор средств.
 - a. Мы можем связаться с вами для сбора средств, но вы можете запретить нам обращаться к вам повторно.

Other Uses and Disclosures

1. YVFWC обычно использует или передает вашу информацию для указанных ниже целей.
 - a. Для вашего лечения.**
 - i. Мы можем использовать информацию о состоянии вашего здоровья и делиться ею с другими лечащими вас врачами.
 - Пример: врач, лечащий вас по поводу травмы, запрашивает у другого врача информацию об общем состоянии вашего здоровья.
 - b. Для выставления счетов за услуги.**
 - i. Мы можем использовать и передавать вашу медицинскую информацию для выставления счетов органам медицинского страхования или другим организациям и получения от них оплаты.
 - Пример: мы предоставляем информацию о вас вашему органу медицинского страхования для оплаты предоставляемых вам услуг.
 - c. Для деятельности нашей организации.**
 - i. Мы можем использовать и передавать вашу медицинскую информацию для ведения нашей практики, повышения качества медицинского обслуживания и связи с вами в соответствующих случаях.
 - Пример: мы используем вашу медицинскую информацию для предоставления вам лечения и других услуг.
 - ii. Как еще мы можем использовать или делиться вашей медицинской информацией?
 - Нам разрешено или мы обязуемся передавать вашу информацию для других целей — как правило, для общественного блага, например, в интересах общественного здравоохранения и научных исследований.
 - Мы должны выполнить множество условий, предусмотренных законом, прежде чем делиться вашей информацией для этих целей.
 - Для получения более подробной информации см.: www.hhs.gov/hipaa/index.html

d. Помощь в вопросах общественного здравоохранения и безопасности.

- i.* Мы передаем вашу медицинскую информацию в определенных ситуациях, таких как:
- профилактика заболеваний,
 - организация отзыва товаров,
 - информирование о нежелательных реакциях на медикаменты,
 - сообщение о подозрении в жестоком обращении, пренебрежении или домашнем насилии,
 - предотвращение или уменьшение серьезной угрозы чьему-либо здоровью или безопасности.

e. Для проведения исследований.

- i.* Мы можем использовать и передавать вашу медицинскую информацию для целей проведения научных исследований.

f. Ответить на запросы о донорстве органов и тканей.

- i.* Мы можем передавать вашу медицинскую информацию организациям трансплантационной координации.

g. Для соблюдения требований закона.

- i.* Мы будем передавать вам информацию, если этого требуют законы штата или федеральные законы, включая Министерство здравоохранения и социальных служб, проверяющее соблюдение нами требований положений о защите персональных данных.

h. Для выполнения запросов правоохранительных органов и других государственных структур, в рамках программ компенсационных выплат.

- i.* Мы можем использовать или передавать вашу медицинскую информацию:
- для подачи заявлений о получении пособия по нетрудоспособности,
 - в целях правоохранительной деятельности или работы сотрудников правоохранительных органов,
 - организациям по надзору в сфере здравоохранения для осуществления деятельности, разрешенной законом,
 - для осуществления специализированной государственной деятельности, такой как военная служба, национальная безопасность и служба охраны президента.

i. Для работы с судмедэкспертом или распорядителем похорон.

- i.* Мы можем передавать вашу медицинскую информацию, если это необходимо для обеспечения выполнения ими своих обязанностей.
- ii.* Медицинская информация с большим количеством ограничений.

j. Реагирование на судебные иски и юридические действия.

- i.* Мы можем делиться медицинской информацией о вас в ответ на судебный или административный приказ, или в ответ на повестку в суд;
- повторное раскрытие записей Части 2 для судебного разбирательства ограничено в соответствии со Стандартом Части 2.

ii. YVFWC запрещено использовать и раскрывать защищенную медицинскую информацию (Protected Health Information, PHI), связанную с уголовным, гражданским или административным расследованием или судебным разбирательством против любого лица в связи с поиском, получением, предоставлением или содействием в получении услуг по охране репродуктивного здоровья, включая аборт, которые являются законными в тех обстоятельствах, при которых они предоставляются.

iii. YVFWC не будет раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию ни в одном из следующих случаев:

- когда услуги по охране репродуктивного здоровья «запрашиваются, получаются, предоставляются или оказываются в штате, где медицинское обслуживание является законным, и за пределами штата, где проводится расследование или разрешено судебное разбирательство»,
- Когда охрана репродуктивного здоровья «защищена, требуется или прямо разрешена федеральным законом, независимо от штата, в котором такая медицинская помощь была оказана»,
- Когда репродуктивная помощь «предоставляется в штате, где проводится расследование или разбирательство, и разрешена законом штата, в котором предоставляется такая медицинская помощь»,
- YVFWC запрещено использовать и раскрывать ваши данные о расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ (УПВ), записи о лечении, связанные с уголовными, гражданскими или административными расследованиями или уголовным, гражданским или административным расследованиям или судебным разбирательствам в отношении любого лица в связи с поиском, получением или поступлением на лечение в результате УПВ.

к. Типы использования и раскрытия PHI, для которых требуется формальное заявление.

i. YVFWC может раскрывать вашу личную медицинскую информацию, связанную с охраной репродуктивного здоровья, только в том случае, если мы получим заявление от лица, подающего запрос, в следующих ситуациях:

- надзор за медицинским обслуживанием,
- судебное или административное разбирательство,
- работа правоохранительных органов,
- запрос коронера или медицинского эксперта для получения информации о потомках.

ii. YVFWC должен получить от запрашивающей организации гарантию в виде подписанного и датированного письменного заявления о том, что использование или раскрытие такой PHI не будет осуществляться в запрещенных целях.

iii. YVFWC не обязан проверять достоверность заявления.

л. Медицинская информация, предусматривающая дополнительные ограничения.

i. Записи о психотерапии и консультировании по вопросам УПВ:

- не будут передаваться без письменного разрешения со стороны пациента или в соответствии с требованиями закона.

ii. Записи о лечении по вопросам употребления психоактивных веществ:

- не будут передаваться без письменного разрешения со стороны пациента или в соответствии с требованиями закона.

Обязанности YVFWC

1. В соответствии с требованиями законодательства YVFWC обязана обеспечивать конфиденциальность и безопасность медицинской информации пациента.
2. YVFWC незамедлительно уведомит пациента о любом нарушении, которое может поставить под угрозу конфиденциальность или безопасность персональной информации пациента.
3. YVFWC должна предоставить пациенту экземпляр уведомления о порядке использования персональной информации и соблюдать описанные в нем обязанности и правила.
4. YVFWC будет использовать или передавать информацию пациента только для целей, описанных в этом документе, кроме случаев, для которых было получено письменное разрешение пациента.
 - а. Если пациент говорит YVFWC о том, что мы можем делиться информацией, вы сможете в любое время передумать и отозвать разрешение на раскрытие вашей информации, уведомив об этом YVFWC.
5. Для получения более подробной информации см.: www.hhs.gov/hipaa/index.html

Вопросы

Чтобы получить ответы на свои вопросы, более подробную информацию или сообщить о проблеме, связанной с обработкой вашей конфиденциальной медицинской информации, используйте следующие контактные данные для связи:

YVFWC HIPAA Privacy Officer

PO BOX 190

Toppenish, WA 98948

Телефон: [509.865.6175](tel:509.865.6175), доп. 2405

Факс: [509.865.1076](tel:509.865.1076)

Электронная почта: HIPAaprivacy@yvfwc.org