

## **Ваши права. Наши обязанности.**

---

**Это уведомление описывает, как ваша медицинская информация может быть использована и раскрыта, и как вы можете получить доступ к этой информации. Прочтите его внимательно.**

### **Ваши права**

Вы имеете право на указанные далее действия.

- Получить печатную или электронную копию вашей медицинской карты.
- Внести правки в печатную или электронную копию вашей медицинской карты.
- Запросить конфиденциальный обмен информацией.
- Попросить нас ограничить доступ к информации, которую мы используем или передаем.
- Получить список тех лиц, с которыми мы поделились информацией о вас.
- Получить копию этого уведомления о конфиденциальности.
- Выбрать кого-то, кто будет действовать от вашего имени.
- Подать жалобу, если вы считаете, что ваши права на неприкосновенность частной жизни были нарушены.

### **Ваш выбор**

Вы решаете, каким образом мы можем использовать и передавать информацию о вас в указанных далее ситуациях.

- Когда мы рассказываем вашим родственникам и друзьям о вашем состоянии.
- Когда мы оказываем помощь при стихийных бедствиях.
- Когда мы включаем вас в справочник больницы.
- Когда мы предоставляем психиатрическую помощь.
- Когда мы осуществляем сбор средств.



- Когда мы участвуем в программе обмена медицинской информацией (Health Information Exchange, HIE).

### **Способы использования и раскрытия информации**

Мы можем использовать и передавать информацию о вас в указанных далее ситуациях.

- Когда мы лечим вас.
- Когда мы управляем нашей организацией.
- Когда мы выставляем вам счет за услуги.
- Когда мы помогаем решать вопросы в области общественного здравоохранения и безопасности.
- Когда мы проводим исследования.
- Когда мы соблюдаем закон.
- Когда мы отвечаем на запросы о донорстве органов и тканей.
- Когда мы сотрудничаем с судмедэкспертом или похоронным бюро.
- Когда мы отвечаем на запросы, связанные с компенсациями работникам, которые получили травмы на работе, а также на запросы от правоохранительных и других государственных органов.
- Когда мы реагируем на запросы в рамках судебных разбирательств или по исковым требованиям.

### **Ваши права**

**У вас есть определенные права в отношении вашей медицинской информации.**

В этом разделе объясняются ваши права и некоторые наши обязанности по оказанию вам помощи. Чтобы воспользоваться любым из этих прав, вы можете связаться с нами, используя контактную информацию, указанную в конце этого уведомления.

**Получить печатную или электронную копию вашей медицинской карты.**



- Вы можете попросить показать или получить электронную или печатную копию вашей медицинской карты и другой имеющейся у нас медицинской информации о вас. Вы можете попросить нас отправить электронную копию вашей электронной медицинской карты кому-нибудь по вашему собственному усмотрению. Спросите нас, как это сделать.
- Как правило, мы предоставим копию или краткое изложение вашей медицинской информации в течение 30 дней с момента получения вашего запроса (за исключением случаев, когда применяются обоснованные причины для отказа в доступе). Мы можем взимать разумную плату, основанную на затратах.

**Попросить нас внести правки в вашу печатную или электронную медицинскую карту.**

- Вы можете попросить нас исправить ту информацию о вас, которую вы считаете неверной или неполной. Спросите нас, как это сделать.
- Мы можем отклонить ваш запрос, но объясним причину в письменном виде.
- Даже если мы отклоним ваш запрос, вы можете подать письменное дополнение к своей записи о той информации, которую вы считаете неполной или неточной. Спросите нас, как это сделать.

**Запросить конфиденциальный обмен информацией.**

- Вы можете попросить нас связаться с вами определенным образом (например, по домашнему или рабочему телефону) или отправить письмо на другой адрес.
- Мы удовлетворим все разумные запросы.

**Попросить нас ограничить доступ к информации, которую мы используем или передаем.**

- Вы можете попросить нас не использовать или не передавать определенную медицинскую информацию для лечения, оплаты или наших операций. Мы не обязаны соглашаться с вашим

запросом и мы можем отклонить его, если это повлияет на ваше обслуживание.

- Если вы полностью оплачиваете услугу или медицинскую процедуру за свой счет, вы можете попросить нас не передавать эту информацию для целей платежа или наших операций вашей медицинской страховой компании. Мы удовлетворим запрос, если только передача такой информации не потребуется по закону.

**Получить список тех людей, с которыми мы поделились информацией о вас.**

- Вы можете запросить список (отчет) о том, сколько раз мы передавали информацию о вас в течение шести лет до указанной вами даты, кому мы ее предоставили и почему.
- Мы предоставим всю информацию, за исключением информации о лечении, оплате и медицинском обслуживании, а также информацию иного рода (например, ту, которую вы просили нас подготовить). Мы бесплатно предоставим один отчет в год, но будем взимать разумную плату, основанную на затратах, если вы запросите еще один отчет в течение 12 месяцев.

**Получить копию этого уведомления о конфиденциальности.**

- Вы можете запросить печатную копию этого уведомления в любое время, даже если вы согласились получить его в электронном виде. Мы оперативно предоставим вам печатную копию.

**Выбрать кого-то, кто будет действовать от вашего имени.**

- Если вы предоставили кому-либо медицинскую доверенность или если кто-то является вашим законным опекуном, этот человек может воспользоваться вашими правами и сделать выбор в отношении вашей медицинской информации.
- Мы убедимся, что этот человек имеет такие полномочия и может действовать от вашего имени, прежде чем предпринимать какие-либо действия.



**Подать жалобу, если вы считаете, что ваши права на неприкосновенность частной жизни были нарушены.**

- Вы можете подать жалобу, если считаете, что мы нарушили ваши права, связавшись с нами по адресу, указанном в конце этого уведомления.
- Вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социальных служб США (US Department of Health and Human Services Office for Civil Rights).
- Мы не будем принимать ответные меры против вас за подачу жалобы.

**Ваш выбор**

**Что касается определенной медицинской информации, то Вы сами решаете, чем мы можем делиться и как.** Если у вас есть четкие предпочтения относительно того, как мы передаем вашу информацию в ситуациях, описанных ниже, обратитесь к нам. Скажите нам, чего вы ожидаете от нас, и мы будем следовать вашим инструкциям.

В этих случаях у вас есть право и право выбора:

- делиться информацией со своими родственниками, близкими друзьями или другими лицами, участвующими в вашем лечении;
- обмениваться информацией в ситуации оказания помощи при бедствиях;
- включать информацию о себе в справочник больницы.

*Если вы не можете сообщить нам свои предпочтения, например, если вы без сознания, мы можем на свое усмотрение поделиться вашей информацией, если мы считаем, что это в ваших интересах. Мы также можем передавать вашу информацию, когда это необходимо для уменьшения серьезной и непосредственной угрозы здоровью или безопасности.*

В этих случаях мы никогда не передадим вашу информацию, если вы не дадите нам письменное разрешение:



- маркетинговые цели (в той степени, в которой деятельность определяется как «маркетинг» в соответствии с федеральным законом о конфиденциальности медицинской информации, который называется Законом о мобильности и подотчетности медицинского страхования (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA));
- продажа вашей информации (в той степени, в которой деятельность определяется как «продажа защищенной медицинской информации» в соответствии с HIPAA);
- большая часть записей о психотерапии.

В случае сбора средств:

- мы можем связаться с вами для сбора средств, но вы можете сказать нам больше не связываться с вами.

В случае нашего участия во внутреннем или внешнем HIE:

- мы можем делиться информацией о вас в электронном виде с другими организациями;
- индивидуальная информация, которая требует подписанного вами разрешения для передачи через HIE, не будет доступна HIE без вашего разрешения, если только по закону мы не обязаны предоставлять информацию о вас;
- если вы не хотите, чтобы информация о вас передавалась таким образом, вы можете отказаться от этого, перейдя по ссылке <https://www.provshare.org/health-information-exchange/for-patients/> или позвонив нам по бесплатному телефону (833)-990-1900. Если вы откажетесь от участия, ваши поставщики медицинских услуг могут запросить информацию о вас другим способом, вместо того, чтобы получать доступ к ней через HIE.

### **Способы использования и раскрытия информации**

**Как мы обычно используем или передаем вашу медицинскую информацию?**



Как правило, мы используем или передаем вашу медицинскую информацию следующими способами.

**Когда мы лечим вас.**

Мы можем использовать вашу медицинскую информацию и делиться ею с другими специалистами, которые лечат вас.

*Пример: врач, который лечит вас от травмы, спрашивает другого врача о вашем общем состоянии здоровья.*

**Когда мы управляем нашей организацией.**

Мы можем использовать и передавать вашу медицинскую информацию, чтобы управлять нашей организацией.

*Примеры: мы используем информацию о вас для оценки и улучшения качества наших лечебных услуг, координации вашего ухода с другими специалистами, обслуживания клиентов и сбора средств в пользу нашей организации.*

**Когда мы выставляем вам счет за услуги.**

Мы можем использовать и передавать вашу медицинскую информацию для выставления счетов и получения платежей от планов медицинского страхования или других организаций.

*Пример: мы предоставляем информацию о вас вашему плану медицинского страхования, чтобы он оплачивал ваши услуги.*

**Операции организованных медицинских учреждений**

Медицинский персонал наших больниц и смежные медицинские работники в рамках организованного медицинского обслуживания (organized health care arrangement, ОНСА) могут делиться информацией о вашем здоровье друг с другом, если это необходимо для проведения лечения, оплаты или медицинских операций, связанных с ОНСА.

**Как еще мы можем использовать или передавать информацию о вашем здоровье?**



Нам разрешено или требуется передавать вашу информацию другими способами — обычно способами, которые способствуют общественному благу, такими как общественное здравоохранение и исследования. Прежде чем мы сможем предоставить вашу информацию для этих целей, мы должны выполнить множество требований закона. Для получения дополнительной информации см. [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

### **Когда мы помогаем решать вопросы в области общественного здравоохранения и безопасности.**

Мы можем передавать информацию о вашем здоровье в определенных ситуациях, таких как:

- профилактика болезней;
- помощь в отзыве товара;
- сообщение о побочных реакциях на лекарства;
- сообщение о подозрении на жестокое обращение, отсутствие заботы или насилие в семье;
- предотвращение или уменьшение серьезной угрозы чьему-либо здоровью или безопасности.

### **Проводим исследования**

Мы можем использовать или передавать вашу информацию для исследований в области здравоохранения.

### **Когда мы соблюдаем закон.**

Мы будем предоставлять информацию о вас, если этого требуют законы штата или федеральные законы, в том числе Department of Health and Human Services, если он хочет убедиться, что мы соблюдаем федеральный закон о конфиденциальности.

### **Когда мы отвечаем на запросы о донорстве органов и тканей.**

Мы можем делиться информацией о вашем здоровье с организациями, занимающимися закупками органов.

### **Когда мы сотрудничаем с судмедэкспертом или похоронным бюро.**





Мы можем делиться информацией о здоровье с коронером, судмедэкспертом или директором похоронного бюро, когда человек умирает.

**Когда мы отвечаем на запросы, связанные с компенсациями работникам, которые получили травмы на работе, а также на запросы от правоохранительных и других государственных органов.**

Мы можем использовать или передавать информацию о вашем здоровье:

- для рассмотрения компенсационных претензий сотрудников;
- для правоохранительных целей или с сотрудником правоохранительных органов;
- с надзорными органами здравоохранения за деятельность, разрешенную законом;
- для специальных государственных подразделений, таких как военные, службы национальной безопасности и президентские службы защиты.

**Когда мы реагируем на запросы в рамках судебных разбирательств или по исковым требованиям.**

Мы можем передавать информацию о вашем здоровье в ответ на судебное или административное постановление или на повестку в суд.

### **Поставщики услуг**

Мы можем делиться информацией о вас с поставщиками услуг, которые помогают нам и имеют договорные обязательства по защите информации.

### **Обезличенная информация**

Мы можем использовать информацию о вашем здоровье для создания обезличенной информации. Это информация, прошедшая тщательную проверку, поэтому риск того, что она может вас идентифицировать, очень мал. Иногда мы делаем это, удаляя 18 категорий индивидуальных идентификаторов, которые указаны в федеральных правилах HIPAA (например, имя, номер социального страхования, дату рождения, адрес



и почтовый индекс). В определенных случаях мы можем пригласить эксперта по статистике, который профессионально определит, что риск того, что кто-то использует эту информацию для вашей идентификации, очень мал. После того, как медицинская информация обезличена в соответствии с HIPAA, мы можем использовать или раскрывать ее для различных целей, например для исследования или разработки новых медицинских технологий. Мы можем получить оплату за обезличенную информацию.

### **Особые категории медицинской информации**

Мы будем следовать федеральным законам, а также законам штата, которые могут предлагать дополнительные меры защиты помимо данного уведомления в отношении информации о вас (например, той, которая связана с использованием и раскрытием информации о психическом здоровье, злоупотреблении наркотиками и алкоголем, тестах на ВИЧ и генетических тестах).

### **Особые требования штата**

В некоторых штатах действуют законы о конфиденциальности, которые могут предусматривать дополнительные меры защиты при использовании и раскрытии медицинской информации. Если закон штата о конфиденциальности является более строгим, чем то, что описано в этом уведомлении, в отношении того, как мы используем или передаем информацию о вас, мы последуем применимому законодательству штата.

### **Наши обязанности**

- **По закону мы обязаны обеспечивать конфиденциальность и безопасность вашей медицинской информации.**
- **Мы незамедлительно сообщим вам, если произойдет нарушение, которое может поставить под угрозу конфиденциальность или безопасность вашей информации.**
- **Мы должны соблюдать обязанности и правила конфиденциальности, описанные в этом уведомлении.**



- Мы не будем использовать или передавать вашу информацию иначе, как описано здесь, если вы не сообщите нам об этом в письменной форме. Если вы сообщите нам, что мы можем, вы можете изменить свое решение в любое время. Дайте нам знать в письменном виде, если вы передумаете.

**Для получения дополнительной информации см.**

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

### **Изменения в условиях настоящего уведомления**

Мы можем изменить условия этого уведомления, и эти изменения будут применяться ко всей имеющейся у нас информации о вас. Новое уведомление будет доступно по запросу в нашем офисе и на нашем веб-сайте.

### **Применение настоящего уведомления**

В этом уведомлении мы используем термины «мы», «нас» и «наш» для описания некоммерческой организации Providence. В уведомлении описываются наши методы и практика:

- любого медицинского работника, уполномоченного вводить информацию в вашу историю;
- всех отделов и подразделений;
- любого члена группы волонтеров, которому мы позволяем помочь вам;
- всех сотрудников, персонала и прочего персонала;
- наших аффилированных компаний, которые находятся в общей собственности, под контролем Providence или иным образом связаны с Providence;
- медицинского персонала наших больниц и смежных медицинских специалистов в рамках организованного медицинского обслуживания при оказании услуг в учреждениях Providence.

Данное уведомление относится к услугам в пунктах оказания медицинских услуг, принадлежащих Providence и ее аффилированным



организациям, которые находятся в общей собственности или под контролем Providence.

Дополнительную информацию об организациях, которые будут следовать данному уведомлению, включая всех поставщиков медицинских услуг, предоставляющих медицинские услуги населению на всех его сайтах, можно найти по ссылке <https://www.providence.org/>.

### **Отношение к разрешениям и требованиям в соответствии с федеральными законами и законами штата о врачебной тайне**

Это уведомление о политике конфиденциальности предназначено для объяснения ваших прав на неприкосновенность частной жизни и наших обязанностей простым и понятным языком. Законы, регулирующие врачебную тайну, сами по себе очень сложны. Для обеспечения удобства чтения в данном уведомлении кратко изложены наши обязательства и не указаны все возможные юридические исключения. Если мы не включили исключения, доступные в соответствии с законом, это уведомление не следует воспринимать как такое, к которому они не применяются. Providence не хочет, чтобы настоящее уведомление создавало им более серьезные обязательства или ограничения, чем те, которые требуются по закону.

### **Контактная информация**

Номер горячей линии по вопросам корпоративной этики  
внутриведомственного подразделения Providence: 1-888-294-8455

1801 Lind Avenue SW, Suite 9016

Renton, WA 98057-9016