

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВИЛАХ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

Дата вступления в силу: 12 июля 2017 г.

Обновлено: [25 июня] 2025 г.

В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ О ПРАВИЛАХ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ (ДАЛЕЕ «УВЕДОМЛЕНИЕ») ОПИСАНЫ СПОСОБЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ИНФОРМАЦИИ О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ, А ТАКЖЕ ПОЛУЧЕНИЯ ВАМИ ТАКОЙ ИНФОРМАЦИИ. ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ЭТИМ ДОКУМЕНТОМ.

HSS ASC Манхэттена («HSS ASC») заботится о конфиденциальности своих пациентов. Это не только соответствует ожиданиям пациентов, но и отражает надлежащую практику оказания медицинской помощи. Согласно закону мы обязаны защищать конфиденциальность медицинской

информации, раскрывающей Вашу личность, и предоставить копию Уведомления с описанием правил HSS ASC и его партнёров касательно защиты этой информации.

Если у Вас возникли вопросы по настоящему Уведомлению либо Вы хотели бы получить дополнительную информацию, пожалуйста, позвоните специалисту HSS ASC, ответственному за защиту конфиденциальности, по номеру (212) 548-2510.

КТО БУДЕТ ВЫПОЛНЯТЬ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ ПРАВИЛА?

HSS ASC Манхэттена («HSS ASC») оказывает медицинскую помощь нашим пациентам в сотрудничестве с врачами, иными медицинскими специалистами и организациями системы здравоохранения. Описанные в настоящем Уведомлении правила обеспечения конфиденциальности подлежат соблюдению со стороны:

- любого медицинского специалиста, оказывающего Вам прямые услуги в рамках лечения в HSS ASC;
- всех сотрудников, медицинского персонала, стажёров, студентов и волонтеров HSS ASC, предоставляющих Вам прямые услуги;
- деловых партнеров HSS ASC и их субподрядчиков.

Обратите внимание: правила обеспечения конфиденциальности, изложенные в настоящем Уведомлении, не применяются, если Вы получаете медицинскую помощь вне HSS ASC — даже если её оказывает врач, связанный с HSS ASC. Например, если врач оказывает Вам хирургическую помощь в HSS ASC, применяются правила обеспечения конфиденциальности, изложенные в настоящем Уведомлении. Если Вы обращаетесь к тому же врачу на повторный приём в его медицинском кабинете вне HSS ASC, указанные правила не применяются. Врач должен предоставить Вам отдельное уведомление с разъяснением правил конфиденциальности, которые будут применяться в соответствующем медицинском кабинете. Кроме того, правила обеспечения конфиденциальности, описанные в настоящем Уведомлении, не применяются к медицинскому персоналу HSS ASC или другим членам нашего коллектива, когда они оказывают Вам услуги в других медицинских учреждениях или больницах.

КАК МЫ МОЖЕМ ИСПОЛЬЗОВАТЬ И РАСКРЫВАТЬ ИНФОРМАЦИЮ О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ

Портал пациентов MyHSS. Информацию о том, как мы используем и раскрываем информацию, собранную через портал пациентов MyHSS, можно найти в нашей Политике конфиденциальности MyHSS и Условиях использования MyHSS. В случае возникновения противоречий между настоящим Уведомлением и Политикой конфиденциальности MyHSS или Условиями использования MyHSS настоящее Уведомление будет применяться в той мере, в какой это касается Защищённой медицинской информации (как определено Министерством здравоохранения и социальных служб).

Требование письменного разрешения. Как правило, мы запрашиваем Ваше письменное разрешение перед использованием Вашей медицинской информации или перед её передачей третьим лицам за пределами HSS ASC.

Исключения из требования письменного согласия. В некоторых нижеописанных ситуациях нам не требуется Ваше письменное разрешение, прежде чем использовать Вашу медицинскую информацию или делиться ею с другими. Если Ваша медицинская информация будет раскрыта получателю в соответствии с любой из применимых целей, описанных в настоящем Уведомлении, возможно, что такая медицинская информация может быть подвергнута дальнейшему повторному раскрытию получателем и больше не будет защищена требованиями настоящего Уведомления.

1. Лечение, оплата и медицинское обслуживание

Мы можем использовать Вашу медицинскую информацию или передавать её другим лицам для Вашего лечения, получения оплаты за это лечение и осуществления наших операций в сфере здравоохранения. В некоторых случаях мы также можем раскрывать Вашу медицинскую информацию для проведения платёжных операций и выполнения определённых функций в сфере здравоохранения другим поставщиком медицинских услуг или плательщиком.

Лечение. Мы можем передавать Вашу медицинскую информацию врачам, медсестрам и другим поставщикам медицинских услуг, которые принимают участие в Вашем лечении, а они, в свою очередь, могут использовать эту информацию для диагностики или лечения Вас. Врач в HSS ASC также может передать Вашу медицинскую информацию другому врачу или иному поставщику услуг, к которому Вы были направлены для дальнейшего оказания медицинской помощи.

Оплата. Мы можем использовать Вашу медицинскую информацию или передавать её другим лицам, чтобы получить оплату за оказанные Вам медицинские услуги. Например, мы можем передать информацию о Вас медицинской страховой компании, чтобы получить возмещение после проведения лечения или определить, оплатит ли она Ваше лечение. Нам также может потребоваться проинформировать Вашу медицинскую страховую компанию о состоянии Вашего здоровья, чтобы получить предварительное одобрение на Ваше лечение. Наконец, мы можем передавать Вашу информацию другим поставщикам медицинских услуг и плательщикам для их платёжной деятельности.

Деятельность в сфере здравоохранения. Мы можем использовать Вашу медицинскую информацию или передавать её другим лицам для осуществления нашей деятельности в сфере здравоохранения. Например, мы можем использовать Вашу медицинскую информацию для оценки эффективности работы наших сотрудников по уходу за Вами или для обучения наших сотрудников тому, как улучшить предоставляемые ими услуги. Кроме того, мы можем передавать Вашу медицинскую информацию другим поставщикам медицинских услуг и плательщикам для выполнения ими определённых операций в сфере здравоохранения, если эта информация связана с отношениями, которые данный поставщик или плательщик имеет или имел с Вами, и если он обязан по федеральному законодательству обеспечивать конфиденциальность Вашей медицинской информации.

Обмен медицинской информацией. Мы можем участвовать в обмене медицинской информацией, что позволяет нам передавать Вашу медицинскую информацию в электронном виде другим поставщикам медицинских услуг в ходе оказания Вам медицинской помощи в соответствии с законодательством штата и федеральным законодательством. Если Вы хотите отказаться от обмена медицинской информацией или изменить свой выбор, обратитесь в отдел управления медицинской информацией HSS по телефону (212) 606-1254.

Напоминания о назначении приёма, альтернативные варианты лечения или распределение медицинских льгот и услуг. В ходе предоставления Вам лечения мы можем использовать Вашу медицинскую информацию, чтобы связаться с Вами и напомнить о том, что Вам назначен приём для лечения или получения услуг. Мы также можем использовать Вашу медицинскую информацию, чтобы рекомендовать возможные альтернативы лечения или льготы и услуги, связанные со здоровьем, которые могут Вас заинтересовать. Однако, если третье лицо предоставляет нам финансовое вознаграждение за направление Вам сообщений, связанных с лечением или операциями в сфере здравоохранения, мы заранее получим Ваше разрешение, так же как и в случае любых других маркетинговых сообщений (как указано далее в настоящем Уведомлении).

Сбор средств. Сбор средств — это сообщение от HSS ASC, одного из его деловых партнёров или аффилированной с ним организации поддержки (The Hospital for Special Surgery Fund, Inc., «Фонд HSS»), с целью привлечения финансовых средств в поддержку деятельности HSS ASC и его аффилированных организаций в сфере ухода за пациентами, научных исследований и образования, включая обращения о пожертвованиях или спонсорской поддержке мероприятий. В целях сбора средств мы можем использовать некоторые Ваши персональные данные, включая демографические сведения (например, возраст, дату рождения, пол, а также место проживания или работы), страховой статус, даты получения Вами наших медицинских услуг, сведения о профиле услуг или отделении, в рамках которых они были предоставлены, данные о Вашем лечащем враче (врачах), а также результаты лечения. Мы также можем передавать эту информацию Фонду HSS или другим благотворительным фондам, которые будут связываться с Вами от имени HSS ASC и его аффилированных организаций с целью сбора средств. Однако Вы имеете право отказаться от получения последующих сообщений, связанных со сбором средств. Это можно сделать, следуя инструкциям по отказу, содержащимся в таких сообщениях.

Уполномоченные деловые партнёры. Мы можем раскрывать Вашу медицинскую информацию подрядчикам, агентам и другим уполномоченным деловым партнёрам, которым она необходима для оказания нам помощи в получении оплаты или в проведении операций в сфере оказания медицинской помощи. Например, мы можем передать Вашу медицинскую информацию компании по выставлению счетов, которая поможет нам получить оплату от Вашей страховой компании. Другим примером является то, что мы можем передать Вашу медицинскую информацию бухгалтерской фирме или юридической фирме, которая предоставляет нам профессиональные консультации о том, как улучшить наши медицинские услуги и соблюдать закон. Если мы передаём Вашу медицинскую информацию уполномоченному деловому партнёру, мы заключаем письменный договор, обязывающий этого партнёра обеспечивать конфиденциальность Вашей медицинской информации. Мы также можем разрешить нашим уполномоченным деловым

партнёрам деидентифицировать Вашу медицинскую информацию для использования в интересах HSS ASC либо самого делового партнёра, а также создавать, использовать и раскрывать ограниченные наборы данных, как указано ниже в разделе «Полностью или частично деидентифицированная информация».

2. Справочник пациентов, а также родственники и друзья, участвующие в оказании Вам медицинской помощи

Мы можем использовать Вашу медицинскую информацию и раскрывать её через наш Справочник пациентов либо передавать её членам семьи и друзьям, участвующим в оказании Вам медицинской помощи, без Вашего письменного разрешения. У Вас будет возможность возразить против такого использования и раскрытия Вашей медицинской информации, за исключением случаев, когда времени недостаточно из-за необходимости оказания неотложной медицинской помощи (в этом случае мы обсудим с Вами Ваши предпочтения, как только чрезвычайная ситуация завершится). Мы будем соблюдать Ваши пожелания, если только иное не будет требоваться по закону.

Справочник пациентов. Если Вы не возражаете, мы включим Ваше имя, местонахождение в нашем учреждении, общее состояние (например, удовлетворительное, стабильное, критическое и т. д.), а также религиозную принадлежность в наш Справочник пациентов на период Вашего пребывания в ASC HSS. Эта справочная информация, за исключением сведений о Вашей религиозной принадлежности, может быть предоставлена лицам, которые обращаются с запросом по Вашему имени. Информация о Вашей религиозной принадлежности может быть передана духовному лицу, например священнику или раввину, даже если это лицо не называет Вашего имени. Если Вы предпочитаете, чтобы мы не включали Вашу информацию в наш Справочник пациентов, пожалуйста, свяжитесь с сотрудником по вопросам конфиденциальности HSS ASC по телефону (212) 548-2510.

Родственники и друзья, участвующие в оказании Вам медицинской помощи. Если Вы не возражаете, мы можем передать Вашу медицинскую информацию члену семьи, родственнику или близкому другу, который участвует в оказании Вам медицинской помощи или оплате этой помощи. Мы также можем уведомить члена семьи, личного представителя или иное лицо, ответственное за оказание Вам медицинской помощи, о Вашем местонахождении в HSS ASC и общем состоянии. В некоторых случаях нам может потребоваться передать Вашу информацию организации по оказанию помощи при стихийных бедствиях, которая поможет нам уведомить указанных лиц.

3. Экстренные ситуации или общественные потребности

Мы можем использовать Вашу медицинскую информацию и передавать её другим лицам для оказания Вам помощи в экстренной ситуации или для удовлетворения существенных общественных потребностей. Мы не обязаны получать Ваше письменное согласие или предоставлять Вам возможность высказать своё несогласие перед использованием или раскрытием Вашей медицинской информации в вышеуказанных случаях. Однако мы должны получить от Вас письменное разрешение на использование и раскрытие Вашей медицинской

информации или предоставить Вам возможность возразить против этого в ситуациях, когда этого требует закон штата.

Экстренные ситуации. Мы можем использовать или раскрывать Вашу медицинскую информацию, если Вам необходимо экстренное лечение или если по закону мы обязаны оказывать Вам медицинскую помощь.

Соответствие требованиям закона. Мы можем использовать или раскрывать информацию о Вашем здоровье, если этого требует закон. Мы уведомим Вас о таком использовании или раскрытии информации, если уведомление предусмотрено законом.

Мероприятия в сфере общественного здравоохранения. Мы можем раскрыть Вашу медицинскую информацию уполномоченным должностным лицам общественного здравоохранения (или иностранному правительственному учреждению, сотрудничающему с такими должностными лицами), чтобы они могли осуществлять мероприятия в сфере общественного здравоохранения. Например, мы можем передавать Вашу медицинскую информацию государственным должностным лицам, ответственным за контроль над заболеваниями, травмами или инвалидностью. Мы можем раскрыть Вашу медицинскую информацию лицу, которое могло быть подвержено инфекционному заболеванию или находиться в группе риска заражения или распространения заболевания, если это требуется или допускается законом. Мы можем предоставить некоторую медицинскую информацию о Вас Вашему работодателю, если Ваш работодатель привлекает нас для проведения медицинского осмотра и мы обнаруживаем у Вас производственную травму или заболевание, о которых Ваш работодатель должен знать в целях соблюдения трудового законодательства.

Жертвы жестокого обращения, неисполнения обязанностей по уходу или домашнего насилия. Мы можем передать Вашу медицинскую информацию органу общественного здравоохранения, уполномоченному получать сообщения о жестоком обращении, неисполнении обязанностей по уходу или домашнем насилии. Например, мы можем передать Вашу информацию государственным должностным лицам, если у нас есть разумные основания полагать, что Вы стали жертвой жестокого обращения, неисполнения обязанностей по уходу или домашнего насилия. Мы приложим все усилия, чтобы получить Ваше разрешение, прежде чем передать эту информацию, но в некоторых случаях от нас могут потребовать или мы будем уполномочены действовать без Вашего разрешения.

Надзорная деятельность в области здравоохранения. Мы можем передать Вашу медицинскую информацию государственным органам, уполномоченным проводить аудит, расследования и проверки нашего учреждения. Эти государственные органы контролируют функционирование системы здравоохранения, реализацию государственных программ, таких как Medicare и Medicaid, а также соблюдение нормативных государственных программ и законодательства о гражданских правах.

Мониторинг, ремонт и отзыв продукции. Мы можем раскрыть Вашу медицинскую информацию лицу или компании, деятельность которых регулируется Управлением по санитарному надзору за

качеством пищевых продуктов и медикаментов, с целью: (1) сообщения или отслеживания дефектов или проблем с продукцией; (2) ремонта, замены или отзыва некачественной или опасной продукции; или (3) мониторинга характеристик продукции после того, как она была одобрена для использования широкой общественностью.

Судебные иски и споры. Мы можем раскрыть Вашу медицинскую информацию, если нам прикажет сделать это суд или административный трибунал, рассматривающий судебный иск или другой спор.

Правоохранительные органы. Мы можем раскрыть Вашу медицинскую информацию сотрудникам правоохранительных органов по следующим основаниям:

- для выполнения постановлений суда или законов, которые мы обязаны соблюдать;
- в целях оказания помощи сотрудникам правоохранительных органов при установлении личности или розыске подозреваемого, беглеца, свидетеля или пропавшего без вести;
- если Вы стали жертвой преступления и мы установим, что: (1) получить Ваше согласие не представляется возможным в связи с экстренной ситуацией или Вашей недееспособностью; (2) сотрудникам правоохранительных органов эта информация необходима незамедлительно для выполнения служебных обязанностей; (3) по нашему профессиональному мнению, раскрытие информации указанным сотрудникам соответствует Вашим интересам;
- если мы предполагаем, что Ваша смерть наступила в результате преступного поведения;
- если необходимо сообщить о преступлении, произошедшем на нашей территории;
- если необходимо сообщить о преступлении, обнаруженном во время выездной медицинской помощи (например, сотрудниками скорой медицинской помощи на месте преступления).

Предотвращение серьёзной и непосредственной угрозы здоровью или безопасности. Мы можем использовать Вашу медицинскую информацию или делиться ею с другими, когда это необходимо, чтобы предотвратить серьёзную и непосредственную угрозу Вашему здоровью или безопасности, а также здоровью или безопасности другого человека или общества. В таких случаях мы передадим Вашу информацию только тому, кто сможет помочь предотвратить угрозу. Мы также можем раскрыть Вашу медицинскую информацию сотрудникам правоохранительных органов, если Вы сообщите нам, что участвовали в насильственном преступлении, которое могло причинить серьёзный физический вред другому человеку (если Вы не признали этот факт во время консультации), или если мы установим, что Вы сбежали из законного места содержания под стражей (например, из тюрьмы или психиатрической клиники).

Национальная безопасность и разведывательная деятельность или услуги по защите. Мы можем раскрыть Вашу медицинскую информацию уполномоченным федеральным должностным лицам, которые осуществляют защиту национальной безопасности и разведывательную деятельность или предоставляют услуги по защите президента или других важных должностных лиц.

Военнослужащие и ветераны. Если Вы служите в вооружённых силах, мы можем раскрыть информацию о Вашем здоровье соответствующим военным командным органам для выполнения ими действий, которые они сочтут необходимыми для выполнения своей военной миссии. Мы также можем передавать информацию о состоянии здоровья иностранных военнослужащих соответствующему иностранному военному органу.

Заключённые и исправительные учреждения. Если Вы являетесь заключённым или задержаны сотрудником правоохранительных органов, мы можем раскрыть Вашу медицинскую информацию тюремным служащим или сотрудникам правоохранительных органов, если это необходимо для предоставления Вам медицинской помощи или для поддержания безопасности, охраны и порядка в месте, где Вы содержитесь в заключении. Это включает в себя обмен информацией, необходимой для защиты здоровья и безопасности других заключённых или лиц, участвующих в надзоре за заключёнными или их транспортировке.

Компенсация работникам. Мы можем раскрыть Вашу медицинскую информацию для выплаты компенсации работникам или для аналогичных программ, обеспечивающих выплаты в связи с производственными травмами.

Коронёры, судебно-медицинские эксперты и директора похоронных бюро. В случае Вашей смерти мы можем раскрыть информацию о Вашем здоровье коронёру или судебно-медицинскому эксперту. Это может понадобиться, к примеру, для установления причин смерти. Мы также можем передать Вашу медицинскую информацию организаторам похорон, если это необходимо для выполнения их обязанностей.

Донорство органов и тканей. В случае Вашей смерти мы можем раскрыть Вашу медицинскую информацию организациям, которые обеспечивают получение или хранение органов, глаз или других тканей, чтобы эти организации могли определить возможность донорства или трансплантации в соответствии с действующим законодательством.

Исследования. В большинстве случаев мы попросим Вашего письменного согласия, прежде чем использовать Вашу медицинскую информацию или передавать её другим лицам для проведения исследований. Однако при определённых обстоятельствах мы можем использовать и раскрывать Вашу медицинскую информацию без Вашего письменного согласия, если получим разрешение в рамках специальной процедуры, гарантирующей, что исследования без Вашего письменного разрешения представляют минимальный риск для конфиденциальности. Ни при каких обстоятельствах мы не позволим исследователям публично использовать Ваше имя или личность. Мы также можем без Вашего письменного разрешения раскрыть Вашу медицинскую информацию людям, которые готовят будущий исследовательский проект, или позволить исследователям определить, имеете ли Вы право участвовать в конкретном исследовании, при условии, что любая информация, идентифицирующая Вас, не покидает пределы нашего учреждения. В случае Вашей смерти мы можем передать Вашу медицинскую информацию лицам, занимающимся исследованиями с использованием данных умерших, при условии, что они согласятся не выносить из нашего учреждения никакую информацию, позволяющую Вас идентифицировать. Мы можем разрешить исследователям использовать образцы или ткани, взятые из Вашего тела во время

диагностической процедуры, обследования или медицинского лечения, которые в противном случае подлежат утилизации. Эти образцы или ткани могут быть использованы вместе с Вашей медицинской информацией для проведения медицинских исследований таким же образом, как и другая медицинская информация.

4. Полностью или частично деидентифицированная информация

Мы и наши деловые партнёры можем использовать и раскрывать Вашу медицинскую информацию, если мы или наши партнёры удалили любую информацию, способную идентифицировать Вас, таким образом медицинская информация считается «полностью деидентифицированной». На такую деидентифицированную информацию перестают распространяться условия данного Уведомления.

Мы и наши деловые партнёры также можем использовать и раскрывать Вашу «частично деидентифицированную» медицинскую информацию, называемую «ограниченным набором данных», для проведения исследований, в целях охраны общественного здоровья или осуществления операций в сфере здравоохранения, при условии, что получатель этого набора подпишет соглашение о соблюдении конфиденциальности в соответствии с требованиями федерального и штатного законодательства. Ограниченные наборы данных не будут содержать информацию, которая могла бы напрямую идентифицировать Вас (например, имя, почтовый адрес, номер социального страхования, номер телефона, номер факса, адрес электронной почты, адрес веб-сайта или номер лицензии).

5. Случайное раскрытие информации

Хотя мы будем принимать разумные меры для защиты конфиденциальности Вашей медицинской информации, определённые случаи её раскрытия могут произойти во время или как неизбежное последствие допустимого использования или раскрытия такой информации. Например, во время лечебной процедуры другие пациенты, находящиеся поблизости, могут увидеть или случайно услышать обсуждение Вашей медицинской информации.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, ТРЕБУЮЩИЕ ВАШЕГО РАЗРЕШЕНИЯ

Как указано выше, HSS ASC не имеет права и не будет использовать или раскрывать Вашу медицинскую информацию без Вашего письменного разрешения, за исключением случаев, описанных в настоящем Уведомлении. Например, мы запрашиваем Ваше письменное разрешение для определённых маркетинговых целей, при продаже медицинской информации или в отношении записей психотерапевта (если применимо). Кроме того, мы запрашиваем Ваше письменное разрешение на передачу Вашей документации другому лицу или организации, указанным Вами.

Отзыв разрешения. Если Вы предоставите нам письменное разрешение, Вы сможете в любое время отозвать или отменить это письменное разрешение, за исключением случаев, когда мы уже им воспользовались. Если Вы отзовёте разрешение, мы прекратим использование и раскрытие Вашей медицинской информации по указанным Вами причинам. Отзыв Вашего разрешения не повлияет на использование или раскрытие информации, которые были осуществлены до даты

получения нами уведомления об отзыве. Чтобы отозвать письменное разрешение, пожалуйста, направьте письменное уведомление в отдел управления медицинской информацией HSS по адресу: HSS Health Information Management, 535 East 70th Street, New York, NY, 10021.

Особая защита некоторых видов медицинской информации. Особые меры конфиденциальности применяются к информации, связанной со СПИДом и ВИЧ, лечением расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, психическим здоровьем и генетической информацией. Например, законодательство штата Нью-Йорк запрещает раскрытие конфиденциальной информации, связанной со СПИДом и ВИЧ, за исключением случаев, прямо предусмотренных законом или на основании надлежащим образом оформленного разрешения. Если Ваше лечение включает один из указанных видов информации, HSS может предоставить Вам специальные формы разрешения на её раскрытие. Чтобы запросить копии таких форм, пожалуйста, свяжитесь с отделом управления медицинской информацией HSS по телефону: (212) 606-1254.

ВАШИ ПРАВА НА ДОСТУП К СВОЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ И КОНТРОЛЬ

Мы хотим, чтобы Вы знали, что у Вас есть следующие права на доступ к своей медицинской информации и контроль за нею. Эти права важны, поскольку они помогут Вам убедиться в том, что имеющаяся у нас Ваша медицинская информация является точной. Они также могут помочь Вам контролировать то, как мы используем Вашу информацию и делимся ею с другими, или то, как мы общаемся с Вами по медицинским вопросам.

1. Право на ознакомление с медицинской документацией и получение её копий

Вы имеете право своевременно ознакомиться с любой Вашей медицинской информацией, включая её электронные копии, которая может использоваться для принятия решений в отношении Вас и Вашего лечения, а также получить её копии при условии, что эта информация хранится у нас. Это касается как медицинских, так и расчётных документов.

Как подать запрос: чтобы подать запрос на ознакомление с Вашей медицинской информацией или получение её копии, направьте его в письменной форме в отдел управления медицинской информацией HSS по адресу: HSS Health Information Management, 535 East 70th Street, New York, NY, 10021 либо по адресу электронной почты: ROIrequest@hss.edu. Такой запрос должен содержать: (1) желаемую форму или формат доступа; (2) описание медицинской информации, к которой относится запрос; (3) актуальные контактные данные. Вы также можете получить прямой доступ к своей медицинской информации через портал для пациентов MyHSS, доступный на веб-сайте <https://myhss.hss.edu/myhss>, а также через Apple App Store или Google Play.

Расходы: если Вы запрашиваете копию информации, мы можем взимать разумную плату для компенсации затрат на копирование, почтовую отправку или материалы, используемые для выполнения Вашего запроса. Как правило, эта плата должна быть внесена до или в момент передачи копий.

Форма и формат: если запрашиваемая Вами информация хранится в электронном виде, мы предоставим её в указанных Вами форме и формате, если это возможно. В противном случае мы согласуем с Вами альтернативный читаемый электронный формат.

Сроки предоставления ответа: мы ответим на Ваш запрос на ознакомление с информацией в течение 10 дней. Как правило, мы отвечаем на запросы о предоставлении копий в течение 30 дней. Если нам потребуется дополнительное время для ответа на запрос о предоставлении копий, мы уведомим Вас в письменной форме в течение указанного выше срока, указав причину задержки и срок, в который Вы можете ожидать окончательный ответ на Ваш запрос.

Если Ваш запрос отклонен: при определенных, очень ограниченных обстоятельствах мы можем отклонить Ваш запрос на ознакомление с Вашей информацией или получение её копий. В этом случае мы можем предоставить Вам краткое изложение информации. Мы также предоставим письменное уведомление с разъяснением причин, по которым было предоставлено только краткое изложение, а также полное описание Ваших прав на пересмотр этого решения и информацию о том, как Вы можете воспользоваться этими правами. В уведомлении также будет содержаться

информация о том, как подать жалобу по этим вопросам нам или Министру здравоохранения и социальных служб США. Если у нас есть основания отклонить только часть Вашего запроса, мы предоставим полный доступ к оставшимся частям, исключив информацию, с которой мы не разрешаем Вам ознакомиться или сделать копию.

2. Право на передачу информации

Вы имеете право инициировать передачу Вашей медицинской информации другому лицу или организации, заполнив форму письменного разрешения. В запросе должно быть указано лицо (лица), уполномоченное использовать и/или получать информацию, а также описание информации, которая будет использоваться или раскрываться. Как правило, мы отвечаем на такие запросы в течение 30 дней. Чтобы инициировать передачу, направьте письменный запрос в отдел управления медицинской информацией HSS по адресу: HSS Health Information Management, 535 East 70th Street, New York, NY 10021 либо по адресу электронной почты: ROIrequest@hss.edu.

3. Право на исправление информации

Если Вы считаете, что имеющаяся у нас медицинская информация о Вас является неточной или неполной, Вы можете обратиться с просьбой о её исправлении. Вы имеете право запрашивать внесение исправлений до тех пор, пока эта информация хранится у нас.

Как подать запрос: чтобы запросить внесение исправлений, направьте письменный запрос в отдел управления медицинской информацией HSS по адресу: HSS Health Information Management, 535 East 70th Street, New York, NY, 10021 либо по адресу электронной почты: ROIrequest@hss.edu. Запрос на внесение изменения в Вашу медицинскую информацию должен содержать описание запрашиваемого изменения и причины, по которым, по Вашему мнению, мы должны внести это изменение.

Сроки предоставления ответа: как правило, мы отвечаем на запросы в течение 60 дней. Если нам потребуется дополнительное время для подготовки ответа, мы уведомим Вас в письменной форме в течение 60 дней, указав причину задержки и дату, когда Вы можете ожидать окончательный ответ на Ваш запрос.

Если Ваш запрос отклонён: Ваш запрос на исправление может быть отклонён, если Вы просите внести исправления в медицинскую информацию, которая, как мы установили: (1) не была создана HSS ASC (за исключением случаев, когда автор информации больше недоступен для внесения изменений); (2) не хранится в записях HSS ASC; (3) не является медицинской информацией, доступ к которой Вам разрешено получать или копировать; (4) является точной и полной.

Если мы частично или полностью отклоним Ваш запрос, мы предоставим письменное уведомление с объяснением причин этого отказа. Вы будете иметь право на включение в записи определённой информации, связанной с запрошенным Вами исправлением. Например, если Вы не согласны с нашим решением, у Вас будет возможность подать заявление с изложением причин несогласия, которое мы включим в Ваши записи. Мы также предоставим Вам информацию о том, как подать жалобу нам или Министру здравоохранения и социальных служб США. Эти процедуры будут изложены более подробно в любом письменном уведомлении об отказе, которое мы Вам направим.

4. Право на учёт случаев раскрытия медицинской информации

Вы имеете право запросить «отчёт об учёте раскрытий информации», в котором будут указаны определённые лица или организации, которым мы раскрывали Вашу медицинскую информацию в течение предыдущих шести лет, в соответствии с применимым законодательством и положениями настоящего Уведомления. Учёт раскрытий информации не описывает способы, которыми Ваша медицинская информация передавалась внутри HSS ASC, при условии соблюдения всех других мер защиты, указанных в настоящем Уведомлении (например, получения необходимых разрешений перед передачей Вашей информации нашим врачам в исследовательских целях).

Учёт раскрытий информации также не включает сведения о следующих случаях раскрытия:

- i. раскрытие информации, предоставленной Вам или Вашему законному представителю;
- ii. раскрытие информации, которое мы выполнили в соответствии с Вашим письменным разрешением;
- iii. раскрытие информации для целей лечения, оплаты или медицинского обслуживания;
- iv. раскрытие информации из справочника пациентов;
- v. раскрытие информации Вашим друзьям и родственникам, участвующим в Вашем лечении или оплате медицинских услуг;
- vi. раскрытие информации, случайно сопутствующее разрешённому использованию и раскрытию Вашей медицинской информации (например, когда её услышал проходящий мимо другой пациент);
- vii. раскрытие информации в целях проведения научных исследований, охраны общественного здоровья или осуществления нашей медицинской деятельности, если раскрываются только ограниченные части Вашей медицинской информации, не позволяющие прямо установить Вашу личность;
- viii. раскрытие информации федеральным должностным лицам в целях обеспечения национальной безопасности и ведения разведывательной деятельности;
- ix. раскрытие информации о заключённых исправительным учреждениям или сотрудникам правоохранительных органов.

Как подать запрос: чтобы запросить отчёт об учёте случаев раскрытия информации, напишите в отдел управления медицинской информацией HSS по адресу: HSS Health Information Management, 535 East 70th Street, New York, NY, 10021 либо по адресу электронной почты ROIrequest@hss.edu. В Вашем запросе должен быть указан период времени в пределах последних шести лет для раскрытий, которые Вы хотите, чтобы мы включили. В течение каждого 12-месячного периода у Вас есть право бесплатно получить один отчёт об учёте случаев раскрытия информации. Мы можем взимать с Вас плату за предоставление любого дополнительного отчёта об учёте раскрытий в течение этого 12-месячного периода. Мы всегда будем уведомлять Вас о любых связанных с этим расходах, чтобы Вы могли отозвать или изменить свой запрос до того, как они будут понесены. Ваше право на запрос отчёта может периодически изменяться в связи с изменениями федерального или государственного законодательства.

Сроки предоставления ответа: как правило, мы отвечаем на запросы на предоставление отчёта в течение 60 дней. Если нам потребуется дополнительное время для подготовки запрошенного Вами отчёта, мы уведомим Вас в письменной форме о причине задержки и дате, когда Вы можете ожидать его получение. В редких случаях предоставление Вам отчёта может быть отложено без предварительного уведомления, если этого потребует сотрудник правоохранительных органов или государственное учреждение.

5. Право запросить дополнительные меры по защите конфиденциальности, включая ограничение раскрытия информации программам медицинского страхования

Вы имеете право потребовать, чтобы мы ввели дополнительные ограничения на использование и раскрытие Вашей медицинской информации в целях лечения, получения оплаты за лечение или ведения нашей медицинской деятельности. Вы также можете потребовать, чтобы мы ограничили раскрытие информации о Вас членам семьи или друзьям, участвующим в Вашем лечении. Например, Вы можете потребовать, чтобы мы не разглашали информацию о перенесённой операции. Кроме того, Вы имеете право ограничить раскрытие определённой охраняемой медицинской информации страховой программе, если соответствующая медицинская услуга или товар полностью оплачены Вами либо другим лицом от Вашего имени за счёт собственных средств.

Как подать запрос: для запроса ограничения, пожалуйста, свяжитесь со специалистом HSS ASC по вопросам конфиденциальности по телефону (212) 548-2510 либо направьте письмо в HSS ASC Манхэттена по адресу: Attn. Privacy Officer, 1233 Second Avenue, New York, NY, 10065. В Вашем запросе следует указать: (1) какую именно информацию Вы хотите ограничить; (2) хотите ли Вы ограничить использование этой информации, её передачу другим лицам или и то, и другое; (3) на кого именно должны распространяться эти ограничения.

Мы не всегда обязаны удовлетворять такой запрос: в некоторых случаях запрашиваемое Вами ограничение может быть недопустимо по закону. Нам не обязательно соглашаться на ограничение, если (i) раскрытие осуществляется с целью оплаты или операций в сфере здравоохранения и не требуется иным образом по закону, и (ii) медицинская информация относится исключительно к медицинской услуге или товару, которые были полностью оплачены Вами или другим лицом от Вашего имени за счёт собственных средств. Однако, если мы согласимся, мы будем связаны этим соглашением, за исключением случаев, когда информация потребуется для оказания Вам неотложной помощи или для соблюдения закона. После того как мы согласились на ограничение, Вы имеете право в любое время отменить это ограничение. В некоторых случаях мы также будем иметь право отменить ограничение при условии, что предварительно уведомим Вас об этом; в других случаях нам потребуется Ваше разрешение на отмену ограничения.

6. Право на запрос конфиденциального способа общения

Вы имеете право потребовать, чтобы мы связывались с Вами по Вашим медицинским вопросам в более конфиденциальной форме, указав альтернативные способы связи или другие места. Например, Вы можете попросить, чтобы мы связывались с Вами по домашнему номеру телефона, а не по рабочему.

Как подать запрос: чтобы запросить более конфиденциальную форму связи, пожалуйста, позвоните специалисту HSS ASC по вопросам конфиденциальности по номеру (212) 548-2510 или направьте письмо в HSS ASC Манхэттена по адресу: Attn. Privacy Officer, 1233 Second Avenue, New York, NY, 10065. Мы не будем спрашивать Вас о причине запроса и постараемся удовлетворить все обоснованные просьбы. Пожалуйста, укажите в своём запросе, каким способом или по какому адресу Вы хотите, чтобы с Вами связывались, а также как будет производиться оплата Вашего медицинского обслуживания в случае использования этого альтернативного способа связи или места.

7. Право на уведомление об утечке незащищённой медицинской информации

В соответствии с законом мы обязаны обеспечить конфиденциальность Вашей медицинской информации, предоставить Вам данное Уведомление, содержащее наши юридические обязанности и методы обеспечения конфиденциальности в отношении Вашей медицинской информации, а также соблюдать условия данного Уведомления. Политика HSS ASC заключается в защите Вашей медицинской информации от тех, кто не должен иметь к ней доступа. Если по какой-либо причине мы столкнёмся с утечкой Вашей незащищённой медицинской информации, мы уведомим Вас об этом.

ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

1. Как другое лицо может представлять Ваши интересы

Вы имеете право назначить личного представителя, который может действовать от Вашего имени и контролировать конфиденциальность Вашей медицинской информации. Родители и опекуны, как правило, имеют право контролировать конфиденциальность медицинской информации несовершеннолетних, если только закон не разрешает несовершеннолетним действовать от своего имени. Чтобы назначить личного представителя, обратитесь в офис своего лечащего врача.

2. Как получить копию этого Уведомления

Вы имеете право на получение бумажной копии этого Уведомления. Вы можете запросить бумажную копию в любое время, даже если Вы ранее дали свое согласие на получение Уведомления в электронной форме. Для этого позвоните специалисту HSS ASC по вопросам конфиденциальности по номеру (212) 548-2510 или отправьте письмо в HSS ASC Манхэттена по адресу: Attn. Privacy Officer, 1233 Second Avenue, New York, NY, 10065. Вы также можете получить копию настоящего Уведомления на нашем веб-сайте www.hss.edu/asc или запросив её при следующем посещении.

3. Как получить копию обновлённого Уведомления

Мы можем время от времени вносить изменения в нашу политику конфиденциальности. Если мы это сделаем, мы пересмотрим настоящее Уведомление, чтобы у Вас было точное изложение наших методов, и пересмотренное Уведомление будет применяться ко всей Вашей медицинской информации. Любое пересмотренное Уведомление будет размещено в зонах приёма пациентов и других местах HSS ASC. Дата вступления Уведомления в силу всегда будет указана на обложке и в верхнем внешнем углу каждой страницы. Мы обязаны соблюдать условия действующего Уведомления. Вы можете получить собственную копию пересмотренного Уведомления, позвонив специалисту HSS ASC по вопросам конфиденциальности по номеру (212) 548-2510 или направив письмо в HSS ASC Манхэттена по адресу: Attn. Privacy Officer, 1233 Second Avenue, New York, NY, 10065. Вы можете получить копию настоящего Уведомления на нашем веб-сайте www.hss.edu/asc или запросив её при следующем посещении.

4. Как подать жалобу

Если Вы считаете, что Ваши права на конфиденциальность были нарушены, Вы можете подать жалобу нам или Министру здравоохранения и социальных служб США.

Чтобы подать нам жалобу, пожалуйста, позвоните специалисту HSS ASC по вопросам конфиденциальности по телефону (212) 548-2510 или направьте письмо в HSS ASC Манхэттена по адресу: Attn. Privacy Officer, 1233 Second Avenue, New York, NY, 10065. Чтобы подать жалобу Министерству здравоохранения и социальных служб, Вы можете направить письмо по адресу: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20201. Вы также можете позвонить по телефону 1-877-696-6775 либо посетить веб-сайт: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. Никто не будет преследовать Вас или предпринимать в отношении Вас какие-либо действия за подачу жалобы.

Подтверждение получения Уведомления о правилах конфиденциальности

HSS ASC Манхэттена («HSS ASC») заботится о конфиденциальности своих пациентов. Это не только соответствует ожиданиям пациентов, но и отражает надлежащую практику оказания медицинской помощи. В соответствии с требованиями закона мы обеспечим конфиденциальность медицинской информации, которая может раскрыть Вашу личность, и предоставим Вам копию нашего Уведомления о правилах конфиденциальности, в котором изложены меры по защите медицинской информации в HSS ASC, а также описаны обязанности медицинского персонала и аффилированных поставщиков медицинских услуг, оказывающих помощь от имени HSS ASC. Наше Уведомление будет размещаться на видном месте в HSS ASC. Вы можете получить собственную копию Уведомления, позвонив специалисту HSS ASC по вопросам конфиденциальности по номеру (212) 548-2510 или направив письмо в HSS ASC Манхэттена по адресу: Attn. Privacy Officer, 1233 Second Avenue, New York, NY, 10065. Вы можете получить копию настоящего Уведомления на нашем веб-сайте www.hss.edu/asc или запросив её при следующем посещении.

Своей подписью ниже я подтверждаю, что получил(а) копию настоящего Уведомления и, таким образом, был(а) проинформирован(а) о том, как HSS ASC может использовать и раскрывать мою медицинскую информацию, а также о том, как я могу получить к ней доступ и осуществлять контроль за ней. Я также признаю и понимаю, что к информации, связанной с ВИЧ, лечением алкогольной и наркотической зависимости, психическим здоровьем и генетическими данными, применяются особые меры защиты конфиденциальности.

Копия пациента

Подпись пациента или личного представителя

Имя и фамилия пациента или личного представителя печатными буквами

Описание полномочий личного представителя

Дата

Если у Вас возникли вопросы по данному Уведомлению или Вы хотели бы получить дополнительную информацию, позвоните специалисту HSS ASC по вопросам конфиденциальности по номеру (212) 548-2510.

Только для служебного пользования: если пациент не подписал этот бланк подтверждения, укажите здесь предпринятые добросовестные усилия, направленные на получение такого подтверждения.

Эта страница является Вашей копией подтверждения, которое Вам предложили подписать при первом вручении этого Уведомления.