

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРОЦЕДУРАХ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

Дата вступления в силу: 26 марта 2025 г.

В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ О ПРАВИЛАХ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ОПИСЫВАЕТСЯ, КАК МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ВАС МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА И РАСКРЫТА, А ТАКЖЕ КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С НАСТОЯЩИМ ДОКУМЕНТОМ.

Компания Mahwah ASC, LLC ценит уважение к конфиденциальности наших пациентов. Это не только то, чего ожидают наши пациенты, это правильный способ оказания медицинской помощи. В соответствии с требованиями закона мы будем защищать конфиденциальность медицинской информации, которая может раскрыть Вашу личность, и предоставим Вам копию настоящего Уведомления, в котором описаны правила конфиденциальности медицинской информации, применяемые в нашем амбулаторном хирургическом центре, а также его медицинским персоналом и аффилированными поставщиками медицинских услуг при предоставлении медицинских услуг для нашего учреждения. Если у Вас возникли вопросы по поводу настоящего Уведомления или Вам нужна дополнительная информация, свяжитесь с нашим сотрудником по вопросам конфиденциальности по телефону (201) 267-7000 или напишите MahwahASCleadership@hss.edu.

КТО БУДЕТ ВЫПОЛНЯТЬ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ ПРОЦЕДУРЫ?

Мы оказываем медицинскую помощь нашим пациентам совместно с врачами и другими специалистами и организациями здравоохранения. Описанные в настоящем Уведомлении процедуры обеспечения конфиденциальности будут соблюдать:

- Медицинские специалисты, которые оказывают непосредственные услуги по Вашему лечению в нашем учреждении;
- Сотрудники нашей организации; а также
- Деловые партнеры нашей организации и их субподрядчики.

Обратите внимание, что правила конфиденциальности, описанные в настоящем Уведомлении, не применяются, когда Вам оказывается помощь в частных офисах Ваших медицинских работников. Например, если Вы проходите лечение у врача из нашего медицинского персонала в его частном кабинете перед операцией в нашем учреждении или собираетесь на повторный прием после операции, настоящее Уведомление не будет применяться. Врач должен предоставить Вам отдельное уведомление о правилах конфиденциальности, применяемых в его частном кабинете. Кроме того, правила конфиденциальности, изложенные в настоящем Уведомлении, не распространяются на медицинских работников нашего учреждения, если они оказывают Вам медицинскую помощь в других медицинских учреждениях.

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 Защищенной медицинской информации (как определено Департаментом здравоохранения и социальных служб).

КАК МЫ МОЖЕМ ИСПОЛЬЗОВАТЬ И РАСКРЫВАТЬ ИНФОРМАЦИЮ О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ

Как правило, мы получаем Ваше письменное разрешение, прежде чем использовать Вашу медицинскую информацию или передавать её третьим лицам за пределами учреждения. 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 осуществления платёжных операций и определенных медицинских операций другого поставщика медицинских услуг или плательщика.

Лечение. Мы можем передавать Вашу медицинскую информацию врачам, медсестрам и другим поставщикам медицинских услуг, которые принимают участие в уходе за Вами, а они, в свою очередь, могут использовать эту информацию для диагностики или лечения Вас. Ваш врач также может предоставить информацию о состоянии Вашего здоровья другому врачу или поставщику услуг, к которому Вы были направлены для дальнейшего лечения.

Оплата. Мы можем использовать Вашу медицинскую информацию или передавать её другим лицам, чтобы получить оплату за медицинские услуги, оказанные Вам. Например, мы можем передать информацию о Вас медицинской страховой компании, чтобы получить возмещение после того, как мы Вас вылечили, или определить, оплатит ли она

Ваше лечение. Нам также может потребоваться сообщить Вашей медицинской страховой компании о состоянии Вашего здоровья, чтобы получить предварительное одобрение Вашего лечения, например, определенного типа операции. Наконец, мы можем передавать Вашу информацию другим поставщикам медицинских услуг и плательщикам для их платёжной деятельности.

Операции 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 предоставляемый ими уход. Кроме того, мы можем передавать Вашу медицинскую информацию другим поставщикам медицинских услуг и плательщикам для осуществления ими определенных медицинских операций, если эта информация связана с отношениями, которые поставщик или плательщик имеет или имел ранее с Вами, и если поставщик или плательщик обязан в соответствии с федеральным законом защищать 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 заинтересованы в отказе или изменении своего выбора в отношении обмена медицинской информацией, свяжитесь с нами по телефону (201) 267-7000 или напишите MahwahASCleadership@hss.edu.

Напоминания о приеме у врача, альтернативные варианты лечения или распределение льгот и услуг, связанных со здоровьем. В ходе предоставления Вам лечения мы можем использовать Вашу медицинскую информацию, чтобы связаться с Вами и напомнить о том, что Вам назначен прием 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 в тех случаях, когда третья сторона предоставляет нам финансовое вознаграждение за то, чтобы мы передавали Вам эти сообщения, связанные с лечением или медицинскими операциями, мы заранее заручаемся Вашим разрешением, как это делается в случае любых других маркетинговых сообщений (как описано далее в настоящем Уведомлении).

Сбор денежных средств. Сбор средств — это сообщение от учреждения или одного из его деловых партнеров либо от аффилированной с учреждением организации поддержки The Hospital for Special Surgery Fund, Inc. с целью сбора средств для продолжения нашей миссии по уходу за пациентами, исследованиям и образованию, включая призывы к сбору средств или спонсорской поддержке мероприятий. Мы можем использовать определенную информацию о Вас для сбора средств, включая демографическую информацию (такую как возраст, дата рождения, пол, а также место проживания или работы), Ваш страховой статус, даты получения Вами услуг от нас, а также информацию о том, где Вы получали услуги, личность Вашего лечащего врача(-ей) и результаты лечения. У Вас есть право отказаться от дальнейших сообщений относительно привлечения средств, это можно сделать, воспользовавшись инструкциями по отказу, которые содержатся в таких сообщениях.

Деловые партнеры. Мы можем раскрывать Вашу медицинскую информацию подрядчикам, агентам и другим деловым партнерам, которым эта информация необходима для оказания нам помощи в получении оплаты или проведении операций по оказанию 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 раскроем Вашу медицинскую информацию деловому партнеру, у нас будет письменный договор, который обязывает нашего делового партнера защищать конфиденциальность Вашей медицинской информации.

2. **Справочник пациентов, родственников и друзей, участвующих в Вашем лечении**

Мы можем использовать Вашу медицинскую информацию и раскрывать её в нашем Справочнике пациентов или делиться ею с семьей и друзьями, участвующими в Вашем лечении, без Вашего письменного разрешения. У Вас будет возможность возразить против такого использования и раскрытия Вашей медицинской информации, за исключением случаев необходимости оказания Вам неотложной медицинской помощи (в этом случае мы поговорим с Вами о предпочтениях, как только чрезвычайная ситуация закончится). Мы выполним Ваши пожелания, если иное не требуется по закону.

Справочник пациентов. Мы составляем и ведем ежедневный список пациентов, находящихся на данный момент в больнице. Если Вы не возражаете, мы включим Ваши имя и местонахождение в этот список. Эта информация может быть раскрыта лицам, которые спрашивают Вас по имени (например, членам семьи, сопровождающим Вас на прием к хирургу). Если Вы предпочитаете, чтобы мы не включали Вашу информацию, Вы можете связаться с нами по телефону (201) 267-7000 или написать MahwahASCleadership@hss.edu.

Семья и друзья, принимающие участие в Вашем уходе. Если Вы не возражаете, мы можем поделиться медицинской информацией с семьей, родственниками или друзьями, участвующими в Вашем лечении или оплате этого лечения. Мы также можем уведомить члена семьи, личного представителя или другое лицо, ответственное за уход за Вами, о Вашем местонахождении и общем состоянии. В некоторых случаях нам может потребоваться передать Вашу информацию организации по оказанию помощи при стихийных бедствиях, которая поможет нам уведомить этих лиц.

3. **Чрезвычайные ситуации или общественная необходимость**

Мы можем использовать Вашу медицинскую информацию и делиться ею с другими для оказания Вам помощи в чрезвычайной ситуации или для удовлетворения важных общественных потребностей. Нам не потребуется получать Ваше письменное разрешение или предоставлять Вам возможность возразить, прежде чем мы будем использовать или раскрывать Вашу медицинскую информацию по этим причинам. Однако нам необходимо будет получить Ваше письменное разрешение или предоставить Вам возможность возразить против использования и раскрытия своей медицинской информации в тех ситуациях, когда закон штата прямо требует от нас этого.

Чрезвычайные ситуации. Мы можем использовать или раскрывать Вашу медицинскую информацию, если Вам требуется неотложная помощь или если по закону мы обязаны Вас лечить.

Как того требует закон. Мы можем использовать или раскрывать информацию о Вашем здоровье, если это требуется по закону. В определенных ситуациях мы можем уведомить Вас о раскрытии нами информации, которое требуется по закону.

Деятельность в области общественного здравоохранения. Мы можем раскрывать Вашу медицинскую информацию уполномоченным должностным лицам общественного здравоохранения (или иностранному правительственному учреждению, сотрудничающему с такими должностными лицами), чтобы они могли осуществлять свою деятельность в области общественного здравоохранения. Например, мы можем передавать Вашу медицинскую информацию государственным чиновникам, которые отвечают за контроль заболеваний, травм или инвалидности. Мы также можем раскрыть Вашу медицинскую информацию лицу, которое могло быть подвержено инфекционному заболеванию или подвергаться риску заражения или распространения заболевания, если закон требует или разрешает нам это сделать. Кроме того, мы можем раскрыть некоторую информацию о состоянии Вашего здоровья Вашему работодателю, если он наймет нас для проведения Вашего медицинского осмотра и мы обнаружим у Вас производственную травму или заболевание, о которых Ваш работодатель должен знать в целях соблюдения трудового законодательства.

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

Деятельность по надзору за здоровьем. Мы можем передавать Вашу медицинскую информацию государственным органам, уполномоченным проводить аудит, расследования и инспекции наших учреждений. Эти правительственные учреждения контролируют работу системы здравоохранения, государственных программ льгот, таких как Medicare и Medicaid, а также соблюдение государственных регулирующих программ и законов о гражданских правах.

Мониторинг, ремонт и отзыв продукции. Мы можем раскрыть Вашу медицинскую информацию лицу или компании, регулируемой Управлением по контролю за продуктами питания и лекарственными средствами, в целях: (1) сообщения о дефектах или проблемах с продукцией или их отслеживания; (2) ремонта, замены или отзыва дефектной или опасной продукции; или (3) мониторинга характеристик продукта после того, как он был одобрен для использования широкой публикой.

Правоохранительные органы, судебные и административные разбирательства. Мы можем раскрыть Вашу медицинскую информацию сотрудникам правоохранительных органов по следующим причинам:

- для соблюдения постановления суда или законов, которые мы обязаны соблюдать;
- для оказания помощи сотрудникам правоохранительных органов в идентификации или местонахождении подозреваемого, беглеца, свидетеля или пропавшего без вести человека;
- если Вы стали жертвой преступления и мы определили: (1) мы не смогли получить Ваше согласие из-за чрезвычайной ситуации или Вашей недееспособности; (2) должностным лицам правоохранительных органов эта информация нужна немедленно для выполнения своих обязанностей по поддержанию правопорядка; и (3) по нашему профессиональному суждению раскрытие информации этим должностным лицам отвечает Вашим наилучшим интересам;
- если мы подозреваем, что Ваша смерть наступила в результате преступного поведения;
- при необходимости сообщить о преступлении, произошедшем на нашей территории; или

- при необходимости сообщить о преступлении, обнаруженном во время выездной медицинской помощи (например, сотрудниками скорой медицинской помощи на месте преступления).

Для предотвращения серьезной и непосредственной угрозы здоровью или безопасности. Мы можем использовать Вашу медицинскую информацию или делиться ею с другими, когда это необходимо, чтобы предотвратить серьезную 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 серьезный физический вред другому человеку (если только Вы не признали этот факт во время консультации), или если мы установим, что Вы сбежали из-под законного содержания под стражей (например, из тюрьмы или психиатрической больницы).

Национальная безопасность и разведывательная деятельность или охранные службы. 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.

Военные и ветераны. Если Вы служите в вооруженных силах, мы можем раскрыть информацию о Вашем здоровье соответствующему военному командованию для действий, которые оно сочтет необходимыми для выполнения своей военной миссии. Мы также можем передавать информацию о состоянии здоровья иностранных военнослужащих соответствующему иностранному военному органу.

Заклученные и исправительные учреждения. Если Вы являетесь заключенным 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 заключенных или лиц, участвующих в надзоре за заключенными или их транспортировке.

Компенсация работникам. Мы можем раскрыть Вашу медицинскую информацию для выплаты компенсаций работникам или аналогичных программ, которые предоставляют льготы в случае травм, связанных с работой.

Коронеры, судмедэксперты и директора похоронных бюро. В случае Вашей смерти мы можем раскрыть информацию о Вашем здоровье следователю 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 прискорбном случае Вашей смерти мы можем раскрыть информацию о Вашем здоровье организациям, которые закупают или хранят органы, глаза или другие ткани, чтобы эти организации могли выяснить, возможно ли донорство или трансплантация 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. При определенных обстоятельствах мы можем использовать Вашу медицинскую информацию или передавать её другим лицам для проведения исследований без Вашего письменного согласия, если мы получим разрешение в рамках специальной процедуры, гарантирующей, что исследования без Вашего письменного разрешения представляют минимальный риск для конфиденциальности. Однако ни при каких обстоятельствах мы не позволим исследователям публично использовать Ваше имя или личность. Мы также можем раскрыть Вашу медицинскую информацию без Вашего письменного разрешения лицам, которые готовят будущий исследовательский проект, или чтобы позволить исследователям определить, имеете ли Вы право на участие в конкретном исследовании, при условии, что никакая идентифицирующая Вас информация не покинет пределы наших учреждений. В прискорбном случае Вашей смерти мы можем предоставить информацию о состоянии Вашего здоровья лицам, проводящим исследования с использованием информации об умерших людях, при условии, что они согласятся не выносить за пределы наших учреждений никакую информацию, позволяющую идентифицировать Вашу личность. Мы можем разрешить исследователям использовать образцы или ткани, взятые из Вашего тела во время диагностической процедуры, обследования или медицинского лечения, которые в противном случае были бы выброшены. 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 обезличенная информация**

Мы можем использовать и раскрывать Вашу медицинскую информацию, если мы удалили любые данные, которые могут потенциально идентифицировать Вас, то есть эта медицинская информация должна быть *полностью* деидентифицирована. Мы также можем использовать и раскрывать *частично* обезличенную медицинскую информацию о Вас в целях проведения исследований, обеспечения общественного здравоохранения или оказания медицинской помощи,

если лицо, которое получит эту информацию, подпишет соглашение о защите конфиденциальности этой информации, как того требуют федеральные и государственные законы. Частично обезличенная информация о состоянии здоровья *не* будет содержать любые данные, которые могут непосредственно идентифицировать Вас (например, имя, почтовый адрес, SSN, номер телефона, номер факса, адрес электронной почты, адрес веб-сайта или номер лицензии).

5. **Случайное раскрытие информации**

Несмотря на то, что мы предпримем разумные меры для защиты конфиденциальности Вашей медицинской информации, определенное раскрытие медицинской информации может произойти во время или как неизбежный результат разрешенного нами использования или раскрытия Вашей медицинской информации. Например, во время сеанса лечения другие пациенты в зоне лечения могут увидеть или подслушать обсуждение Вашей медицинской информации.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, ТРЕБУЮЩЕЙ РАЗРЕШЕНИЯ

Как указано выше, мы не можем и не будем использовать или раскрывать Вашу медицинскую информацию без Вашего письменного разрешения по любой причине, за исключением тех случаев, которые описаны в настоящем Уведомлении. Например, нам требуется Ваше письменное разрешение в большинстве случаев использования или раскрытия Вашей медицинской информации в определенных маркетинговых целях, для продажи медицинской информации или в отношении ведения записей психотерапевтом (где это применимо).

Если Вы предоставите нам письменное согласие, Вы сможете в любое время отозвать или отменить это письменное разрешение, за исключением случаев, когда мы уже воспользовались им. Если Вы отзовете согласие, мы больше не будем использовать или раскрывать Вашу медицинскую информацию по причинам, указанным в Вашем письменном разрешении. Ваш отзыв не повлияет на любое использование или раскрытие информации, которые мы уже сделали до даты получения уведомления об отзыве. Чтобы отозвать письменное согласие, напишите нам по адресу MahwahASCleadership@hss.edu.

Особые меры защиты для некоторых видов медицинской информации. Особые меры защиты конфиденциальности применяются к информации, связанной со СПИДом и ВИЧ, информации о лечении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, информации о психическом здоровье и генетической информации. Если Ваше лечение подразумевает использование какой-либо из этих типов информации, Вам могут быть предоставлены специальные формы разрешения в связи с раскрытием такой информации учреждением. Чтобы запросить копии этих форм, свяжитесь с нами по адресу MahwahASCleadership@hss.edu. Например, закон штата Нью-Джерси запрещает разглашение конфиденциальной информации, связанной со СПИДом и ВИЧ, если это не разрешено законом или не соответствует надлежащим образом оформленной форме раскрытия информации.

ВАШИ ПРАВА НА ДОСТУП К ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ И КОНТРОЛЬ ЗА НЕЮ

Мы хотим, чтобы Вы знали, что у Вас есть следующие права на доступ к своей медицинской информации и управление ею. Эти права важны, поскольку они помогут Вам убедиться в том, что имеющаяся у нас о Вас 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. Если не указано иное, для осуществления Ваших прав, указанных ниже, отправьте нам запрос в письменной форме по адресу MahwahASCleadership@hss.edu.

1. **Право на ознакомление с записями и их копирование**

Вы имеете право своевременно проверять и получать от нас копию, в том числе электронную, любой Вашей медицинской информации, которая может быть использована для принятия решений в отношении Вас и Вашего лечения, до тех пор, пока мы храним эту информацию в наших записях. Медицинские и расчетные документы включительно. Вы также можете получить доступ к своей медицинской информации напрямую через портал для пациентов MyHSS, доступный по ссылке <https://myhss.hss.edu/myhss> или через Apple App Store или Google Play.

- Запрос на проверку или получение копии медицинской информации должен включать: (1) желаемую форму или формат доступа; (2) описание медицинской информации, к которой относится запрос; и (3) соответствующую контактную информацию.
- Если Вы запрашиваете копию информации, мы можем взимать разумную плату за расходы на копирование, отправку по почте или другие материалы, которые мы используем для выполнения Вашего запроса. Эта плата обычно должна быть внесена до или во время передачи Вам копий.
- Если запрашиваемая Вами информация хранится в электронном виде, мы предоставим её в запрошенной Вами форме и формате, если информацию можно легко воспроизвести в этом формате, а если нет, мы достигнем с Вами соглашения об альтернативном читаемом электронном формате.
- Мы ответим на Ваш запрос об ознакомлении с записями 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 копиях, мы уведомим Вас в письменной форме в течение указанного выше срока, объяснив причину задержки и время, когда Вы можете ожидать получения окончательного ответа на запрос.
- При определенных очень ограниченных обстоятельствах мы можем отклонить Ваш запрос на проверку или получение копии Вашей информации. В этом случае мы можем вместо этого предоставить Вам краткое изложение информации. Мы также предоставим письменное уведомление, объясняющее причины, по которым мы предоставили только краткое описание, и полное описание Ваших прав на пересмотр этого решения и того,

как Вы можете реализовать эти права. В уведомлении также будет содержаться информация о том, как подать жалобу по этим вопросам нам или секретарю Министерства здравоохранения и социальных служб. Если у нас есть основания отклонить только часть Вашего запроса, мы предоставим полный доступ к остальным частям, исключив информацию, которую мы не позволим Вам проверять или копировать.

2. **Право на передачу записей**

Вы имеете право инициировать передачу Ваших документов другому лицу или организации, заполнив форму письменного согласия. В запросе должно быть указано лицо(-а), уполномоченное использовать и/или получать информацию, а также описание информации, которая будет использоваться или раскрываться. Обычно мы отвечаем на запрос в течение 30 дней. Чтобы отозвать письменное разрешение, напишите нам по адресу MahwahASCleadership@hss.edu.

3. **Право вносить изменения в записи**

Если Вы считаете, что имеющаяся у нас медицинская информация о Вас неверна или неполна, Вы можете попросить нас исправить эту информацию. Вы имеете право запросить изменение до тех пор, пока информация хранится в наших записях. Ваш запрос должен включать описание запрошенной поправки и причины, по которым Вы считаете, что нам следует внести такую поправку. Обычно мы отвечаем на запрос в течение 60 дней. Если нам потребуется дополнительное время для ответа, мы в течение 60 дней уведомим Вас в письменной форме о причине задержки и дате, когда Вы можете ожидать получения ответа на запрос.

Ваш запрос на внесение поправок может быть отклонен, если Вы запрашиваете внесение поправок в медицинскую информацию, которая, по нашему мнению: (1) не была создана нашим учреждением, за исключением случаев, когда создатель медицинской информации больше не может внести поправку; (2) не является частью записей учреждения; (3) не является медицинской информацией, которую Вам разрешено проверять или копировать; или (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 определенной информации, связанной с запрошенной Вами поправкой, в записи. Например, если Вы не согласны с нашим решением, у Вас будет возможность подать заявление с объяснением своего несогласия, которое мы включим в Ваши записи. Мы также предоставим Вам информацию о том, как подать жалобу нам или секретарю Министерства здравоохранения и социальных служб. Эти процедуры будут объяснены более подробно в любом письменном уведомлении об отказе, которое мы Вам отправим.

4. **Право на учет раскрытий информации**

Вы имеете право запросить отчет о раскрытии информации, в котором будут указаны некоторые другие лица или организации, которым мы раскрыли Вашу медицинскую информацию за предыдущие шесть лет, в соответствии с действующим законодательством и мерами защиты, предусмотренными в настоящем Уведомлении. Отчет о раскрытии информации не описывает способы, которыми Ваша медицинская информация была передана в пределах нашего учреждения, при условии соблюдения всех других мер защиты, описанных в настоящем Уведомлении (например, получение необходимых разрешений перед передачей медицинской информации нашим врачам в исследовательских целях).

Отчет о раскрытии информации также не включает информацию о следующих раскрытиях: раскрытия, которые мы предоставили Вам или Вашему личному представителю; раскрытие информации, которую мы сделали в соответствии с Вашим письменным разрешением; раскрытие информации, которую мы предоставили в отношении лечения, оплаты или медицинского обслуживания; раскрытие информации из справочника пациентов; раскрытие информации Вашим друзьям и родственникам, участвующим в уходе или оплате ухода; раскрытие информации, не связанной с разрешенным использованием и раскрытием Вашей медицинской информации (например, когда информацию подслушивает другой проходивший мимо пациент); раскрытие в целях исследований, общественного здравоохранения или нашей медицинской деятельности ограниченной части Вашей медицинской информации, которая не идентифицирует Вас напрямую; раскрытие информации федеральным чиновникам в целях национальной безопасности и разведывательной деятельности; и раскрытие информации о заключенных исправительным учреждениям или сотрудникам правоохранительных органов.

В запросе должен быть указан период времени в течение последних шести лет для раскрытия информации, которую Вы хотите, чтобы мы включили в отчет. Например, Вы можете запросить список раскрытий информации, которые мы сделали в период с 1 января определенного года по 31 декабря того же года, при условии, что даты находятся в пределах последних шести лет. Вы имеете право получить одну бесплатную отчетность в течение каждого 12-месячного периода. Однако мы можем взимать с Вас плату за предоставление дополнительного отчета в течение того же 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 будут понесены какие-либо расходы. Объем Вашего права на запрос отчета может время от времени меняться в соответствии с изменениями в федеральном законе или законе штата.

Обычно мы отвечаем на запрос отчета в течение 60 дней. Если нам потребуется дополнительное время для подготовки запрошенной Вами отчетности, мы уведомим Вас в письменной форме о причине задержки и дате, когда Вы можете ожидать получения отчетности. В редких случаях нам, возможно, придется отложить предоставление Вам отчета, без уведомления, потому что нас попросил об этом сотрудник правоохранительных органов или правительственный орган.

5. Право запрашивать дополнительную защиту конфиденциальности, включая ограничение раскрытия информации планам медицинского страхования

Вы имеете право потребовать, чтобы мы дополнительно ограничили использование и раскрытие Вашей медицинской информации для лечения Вашего заболевания, сбора оплаты за это 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 перенесенной операции. Кроме того, Вы имеете право ограничить раскрытие определенной информации о своем здоровье рамками плана медицинского страхования, в рамках которого Вы или другое лицо от Вашего имени оплачивает полную стоимость медицинской услуги или товара из своего кармана.

Ваш запрос должен включать: (1) какую информацию Вы хотите ограничить; (2) хотите ли Вы ограничить то, как мы используем информацию, как мы делимся ею с другими или и то, и другое; и (3) к кому Вы хотите применить ограничения. Мы не всегда обязаны принимать запрос об ограничении, а в некоторых случаях запрашиваемое Вами ограничение может быть не разрешено законом. Нам не нужно соглашаться на ограничение, за исключением случаев, когда: (1) раскрытие информации осуществляется в целях осуществления платежей или операций по оказанию медицинской помощи и не требуется иным образом по закону; и (2) медицинская информация относится только к предмету или услуге медицинского обслуживания, которые Вы или кто-либо от Вашего имени оплатили из своего кармана в полном объеме. Однако если мы согласимся, мы будем связаны нашим соглашением, если только эта информация не потребуется для оказания Вам неотложной помощи или соблюдения закона. После того как мы согласились на ограничение, Вы имеете право отменить ограничение в любое время. При некоторых обстоятельствах мы также будем иметь право отменить ограничение, если мы уведомим Вас перед этим; в других случаях нам понадобится Ваше разрешение, прежде чем мы сможем снять ограничение.

6. Право на запрос конфиденциальных сообщений

Вы имеете право потребовать, чтобы мы общались с Вами по Вашим медицинским вопросам в более конфиденциальной форме, попросив, чтобы мы общались с Вами с помощью других средств или в других местах. Например, Вы можете попросить звонить Вам домой, а не на работу. В Вашем запросе должно быть указано, как и где Вы хотите, чтобы с Вами связались, и как будет осуществляться оплата Вашего медицинского обслуживания, если мы свяжемся с Вами через этот альтернативный метод или место. Мы не будем спрашивать причину Вашего запроса и постараемся удовлетворить все разумные запросы. .

7. Право на уведомление о нарушении конфиденциальности незащищенной 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. Наша политика направлена на защиту Вашей медицинской информации от тех, кто не должен иметь к ней доступа. Однако если по какой-либо причине мы столкнемся с утечкой Вашей незащищенной медицинской информации, мы уведомим Вас об этом.

8. Право на получение копии этого Уведомления

Вы имеет 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 свяжитесь с нашим сотрудником по вопросам конфиденциальности по телефону (201) 267-7000 или напишите MahwahASCleadership@hss.edu. Вы также можете получить копию настоящего Уведомления на нашем веб-сайте по ссылке <https://www.hss.edu/nnjasc> или запросив копию при следующем посещении.

9. Право на то, чтобы кто-то действовал от Вашего имени

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.

ИЗМЕНЕНИЕ ДАННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ

Мы можем время от времени менять нашу политику конфиденциальности. В таком случае мы обновим данное Уведомление, чтобы у Вас было точное описание наших практик, и обновлённое Уведомление будет применяться ко всей Вашей медицинской информации. Мы разместим любые пересмотренные уведомления в нашем учреждении. Вы также сможете получить собственную копию пересмотренного Уведомления, посетив наш веб-сайт по ссылке <https://www.hss.edu/nnjasc>, связавшись с нами по телефону (201) 267-7000 или написав MahwahASCleadership@hss.edu, или же Вы можете запросить уведомление во время своего следующего визита. Дата вступления в силу Уведомления всегда будет указана на титульной странице. Мы обязаны соблюдать условия Уведомления, действующего в настоящее время.

ЖАЛОБЫ

Если Вы считаете, что Ваши права на конфиденциальность были нарушены, Вы можете подать жалобу нам или секретарю Министерства здравоохранения и социальных служб. Чтобы подать нам жалобу, свяжитесь с сотрудником HSS по вопросам

конфиденциальности по телефону (201) 267-7000 или напишите MahwahASCleadership@hss.edu. Никто не будет преследовать или принимать меры против Вас за подачу жалобы.