



УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ИНФОРМАЦИИ И ПРАКТИКЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬ- НОСТИ

Отдел корпоративной
конфиденциальности
499 Loma Alta Avenue
Los Gatos, CA 95030
тел. (408) 379-3790
э-почта:

privacyofficer@pacificclinics.org

сайт: www.pacificclinics.org

Это уведомление описывает, как может использоваться и раскрываться ваша медицинская информация, а также как вы можете получить доступ к этой информации.

ПРОЧИТЕ ВНИМАТЕЛЬНО ЭТО УВЕДОМЛЕНИЕ

Pacific Clinics ("Агентство") обязуется защищать конфиденциальность клиента. Мы признаем ваше право на получение разъяснений, как мы используем и раскрываем вашу защищенную медицинскую информацию ("PHI") для лечения, оплаты и организационного процесса. В настоящем уведомлении об информации и практике конфиденциальности ("уведомление") мы информируем вас о ваших правах и наших юридических обязанностях, связанных с вашей PHI.

ВАШИ ПРАВА

Когда речь идет о вашей PHI, у вас есть определенные права. В этом разделе разъясняются эти права, а также некоторые наши обязанности по оказанию вам помощи.

Просматривать и получать копии вашей PHI

- За некоторыми исключениями (напр., записи о психотерапии), вы имеете право просматривать и получать копии PHI, которые мы храним о вашем лечении.
- Для ознакомления или получения копий ваших записей мы должны получить ваш письменный запрос.
 - Прим.: Обычно мы предоставляем вам копию или обзор вашей PHI в течение 30 дней после вашего запроса и можем взимать с вас разумную плату, обоснованную затратами.
- Мы не обязаны соглашаться с вашим запросом. Если мы отклоним ваш запрос, мы письменно уведомим вас об этом и дадим пояснение.

Корректировать вашу PHI

- У вас есть право корректировать вашу PHI, если считаете, что информация в ваших записях не верна. Вы должны письменно попросить нас сделать эту коррекцию и должны указать ее причины.
- Мы не обязаны соглашаться с вашим запросом. Если мы отклоним ваш запрос, мы письменно уведомим вас об этом и дадим пояснение.

Запросить ограничение на определенное использование и раскрытие вашей PHI

- У вас есть право запросить ограничение на использование и раскрытие вашей PHI;
 - для лечения, оплаты и организационного процесса
 - дается тому, кто участвует или оплачивает ваше лечение
 - друзьям или семье, касательно вашего месторасположения или состояния, а в случае стихийного бедствия – организации, оказывающей помощь при стихийном бедствии
- Мы не обязаны соглашаться с вашим запросом. Если мы отклоним ваш запрос, мы письменно уведомим вас об этом и дадим пояснение.

**Запросить ограничение, когда вы оплачиваете полностью из собственных средств
Отозвать свое разрешение**

- У вас есть право письменно запросить ограничение на раскрытие вашей PHI плану медицинского страхования для оплаты или организационного процесса, если вы или кто-то еще полностью оплатили лечение или услуги из собственных средств.
- У вас есть право отозвать свое разрешение на использование или раскрытие вашей PHI.
 - Прим.: Ваш запрос на отзыв разрешения должен быть письменным.
- Но этот отзыв не относится к использованию или раскрытию информации до получения отзыва.

Получать отчеты о раскрытии вашей PHI

- У вас есть право запросить отчет о том, сколько раз мы передавали вашу PHI в период до шести (6) лет до даты вашего запроса.
 - Прим.: Этот отчет не будет включать раскрытие информации касательно лечения, оплаты и организационного процесса; раскрытие информации вам или лицам, участвующим в вашем лечении, на основании вашего согласия или разрешения; или средствами, разрешенными HIPAA Privacy Rule.
- Ежегодно мы будем предоставлять вам бесплатно 1 копию. За дополнительные запросы в течение 12-месячного периода мы можем взимать с вас разумную плату, обоснованную затратами.

Право на конфиденциальную / альтернативную коммуникацию

- У вас есть право запросить, чтобы мы общались с вами конфиденциально, с помощью альтернативных способов связи или в альтернативных местах.
 - Прим.: Этот запрос должен быть письменным и с указанием, как и где мы должны с вами связываться.
- Мы рассмотрим все разумные запросы, но ответим "да", если вы скажете нам, что в противном случае вы будете в опасности.

Право на получение бумажной копии этого уведомления

- У вас есть право получить бумажную копию этого уведомления, даже если ранее вы согласились получать это уведомление электронно.
- Вы можете получить копии этого уведомления на нашем веб-сайте или связаться с Pacific Clinics по адресу и телефонам, указанным на странице 1 этого уведомления.

Выбрать кого-то, кто будет действовать за вас

- Если вы выдали кому-то медицинскую доверенность, или если кто-то является вашим законным опекуном, то это лицо может осуществлять ваши права и делать выбор в отношении вашей медицинской информации.
- Мы должны убедиться, что у этого лица есть соответствующие полномочия, прежде чем что-либо делать.

Подать жалобу

- Свяжитесь с Pacific Clinics по вышеуказанному адресу и телефону, если хотите получить дополнительную информацию о своем праве на конфиденциальность, обеспокоены тем, что мы нарушили ваше право на конфиденциальность, или не согласны с нашим решением о доступе к вашей PHI.
- Вы также можете подать жалобу в U.S. Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights, отправив письмо:

- Office of Civil Rights, Region IX
90 7th St., Ste. 4-100, San Francisco, CA 94103
тел.: (800) 368-1019
TDD: (800) 537-7697

- или онлайн на: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/

Pacific Clinics имеет право использовать или раскрывать вашу PHI или может быть обязана по закону раскрывать вашу PHI без вашего разрешения для следующих целей:

- | | |
|--|--|
| Лечение | <ul style="list-style-type: none">➤ В рамках Pacific Clinics и с нашими деловыми партнерами для лечения и других услуг.➤ Когда мы и другой поставщик услуг отправляем вас в качестве клиента, чтобы:<ul style="list-style-type: none">– оказать вам неотложную помощь– координировать услуги– обеспечить немедленное переходное лечение после того, как вы закончили получать услуги Агентства |
| Деловые партнеры | <ul style="list-style-type: none">➤ С нашими деловыми партнерами, которые осуществляют лечение, оплату, организационный процесс или другие услуги от нашего имени. Деловые партнеры обязаны по договору обеспечивать сохранность вашей PHI. |
| Напоминание о визите | <ul style="list-style-type: none">➤ Напоминать вам о визите по почте, телефону, э-почте или SMS. |
| Проведение разъяснительной работы, координация лечения и ведение дела | <ul style="list-style-type: none">➤ Для проведения разъяснительной работы, координации лечения или ведения дела, а также для предоставления информации об альтернативных вариантах лечения или других льготах и услугах, связанных со здоровьем, которые могут вас интересовать. |
| Оплата | <ul style="list-style-type: none">➤ Для получения оплаты за оказанные вам услуги, включая выставление счетов и обработку данных, которые позволяют нам получать возмещение за услуги. |
| Организационный процесс | <ul style="list-style-type: none">➤ Для нашего организационного процесса, включая внутреннее администрирование и связанные с этим мероприятия по повышению качества и экономической эффективности наших услуг. |
| Сообщать о плохом или пренебрежительном обращении | <ul style="list-style-type: none">➤ Если мы обоснованно считаем, что вы – жертва плохого или пренебрежительного обращения, то – государственному органу (напр., Department of Social Services или другим агентствам по защите), который по закону должен получать подобные донесения.➤ Соответствующим органам в связи с подозрениями в плохом обращении с детьми или взрослыми/стариками, находящимися на иждивении, и пренебрежении их интересами, как того требует закон Калифорнии. |
| Судебные дела и споры | <ul style="list-style-type: none">➤ Если вы вовлечены в судебные дела и споры – в ответ на судебное или административное предписание.➤ В ответ на повестку в суд, запрос о раскрытии информации или другой законный процесс со стороны другого лица, вовлеченного в спор, но только если были предприняты усилия, чтобы сообщить вам об этом запросе; или для получения предписания о защите запрашиваемой информации. |
| Правоохранительные органы | <ul style="list-style-type: none">➤ Если об этом попросит сотрудник правоохранительных органов;<ul style="list-style-type: none">– для установления личности или местонахождения подозреваемого, беглеца, важного свидетеля или пропавшего без вести лица– о жертве преступления, если при определенных ограниченных обстоятельствах мы не можем получить согласие этого лица– о смерти, которая, по нашему мнению, может быть результатом преступления |

- о преступных действиях в любом из наших филиалов, в отношении персонала или имущества
 - в чрезвычайных обстоятельствах, чтобы сообщить о преступлении; о местонахождении преступления или жертв; или о личности, описании или местонахождении лица, совершившего преступление
- Национальная безопасность и разведывательная деятельность**
- Уполномоченным федеральным должностным лицам для разведки, контрразведки и другой деятельности в сфере национальной безопасности, установленной законом.
- Услуги охраны президента и иные**
- Уполномоченным федеральным должностным лицам, чтобы они могли обеспечить защиту президента, или для другой деятельности в сфере национальной безопасности, установленной законом.
- Заключенные – информация для исправительных учреждений**
- Если вы являетесь заключенным в исправительном учреждении или находитесь под стражей сотрудника правоохранительных органов – исправительному учреждению или сотруднику правоохранительных органов;
 - для предоставления вам медицинской помощи со стороны исправительного учреждения
 - для защиты вашего здоровья и безопасности или здоровья и безопасности других лиц
 - для обеспечения безопасности и охраны исправительного учреждения
- Деятельность в сфере здравоохранения**
- Для деятельности в сфере здравоохранения, которая может включать:
 - доклады о состоянии здоровья в органы здравоохранения для профилактики или контроля заболеваний, травм или инвалидности
 - предупреждение лицу, которое, возможно, подверглось инфекционному заболеванию или может подвергаться серьезному риску заражения или распространения заболевания
- Деятельность по надзору за здравоохранением**
- Агентству по надзору за здравоохранением, которое осуществляет надзор за системой здравоохранения и отвечает за соблюдение правил государственных программ здравоохранения, таких как Medicare или Medi-Cal.
- Для предотвращения серьезной угрозы здоровью или безопасности**
- Когда необходимо для предотвращения серьезной угрозы вашему здоровью и безопасности, здоровью и безопасности общества или другого лица. Однако любое раскрытие будет осуществляться только тому, кто может помочь предотвратить угрозу.
- Коронер, судебно-медицинский эксперт, директора похоронных бюро**
- Для определения причины смерти и, при необходимости, для выполнения обязанностей, установленных законом.
- Обмен медицинской информацией**
- Как участники обмена медицинской информацией ("HIE");
 - Мы, наряду с другими поставщиками медицинских услуг, можем участвовать в одном или нескольких HIE. HIE - это информационная система в масштабах всего сообщества, используемая участвующими поставщиками медицинских услуг для обмена вашей медицинской информацией в целях лечения. Поскольку HIE действует как наш деловой партнер, он получает и

хранит электронную PHI для лечения, оплаты или организационного процесса, и обязан защищать и сохранять конфиденциальность PHI.

- Электронная PHI, раскрываемая при НIE, может включать такие деликатные диагнозы, как ВИЧ/СПИД, заболевания, передающиеся половым путем, генетическую информацию, психические расстройства и т.д. Законы Калифорнии, применимые к обмену электронной PHI, могут требовать от нас получить ваше согласие на такой обмен или дать вам право отказать или ограничить это согласие.

- Исследования** ➤ Если наш Институциональный наблюдательный совет или другой совет по защите людей одобрит отказ от разрешения, и будут приняты определенные меры по обеспечению конфиденциальности вашей PHI.
- Чрезвычайные ситуации** ➤ Медицинскому персоналу для лечения критического состояния, представляющего непосредственную угрозу и требующего немедленного медицинского вмешательства.
- Помощь при стихийных бедствиях** ➤ Организации, оказывающей помощь в ликвидации последствий стихийного бедствия, чтобы ваша семья могла быть уведомлена о вашем состоянии, статусе и местонахождении.
– Прим.: Мы дадим вам возможность согласиться или возразить против такого раскрытия, если только мы не решим, что нам нужно раскрыть вашу медицинскую информацию для реагирования на чрезвычайные обстоятельства.
- Военнослужащие** ➤ В соответствии с требованиями военной администрации или департамента по делам ветеранов, если вы являетесь членом вооруженных сил.
- Уведомление о нарушении** ➤ Чтобы сообщить вам в случае незаконного или несанкционированного доступа к вашей медицинской информации.
– Прим.: Мы также сообщим об этих случаях федеральным органам и органам штата, и для этого может потребоваться использование вашей PHI. Если это произойдет, мы сообщим вам письменно.
- Деятельность по привлечению средств** ➤ Связанному с нами фонду, чтобы связаться с вами для сбора денег для нас и нашей деятельности.
– Прим.: Вы имеете право отказаться от получения сообщений о сборе средств.
- Компенсация работникам** ➤ Для компенсаций работникам или аналогичных программ, которые предоставляют пособия при производственных травмах или заболеваниях.
- Если требуется по закону** ➤ Если этого требует какой-либо федеральный закон, закон штата или местный закон, не упомянутый в этом уведомлении.

ОСОБЫЕ ПРАВИЛА РАСКРЫТИЯ ИНФОРМАЦИИ О ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ, РАССТРОЙСТВАХ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ, И ИНФЕКЦИИ ВИЧ

Особые правила применяются к раскрытию медицинской информации о психических заболеваниях, расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, или тестировании и лечении ВИЧ. Для некоторых случаев раскрытия информации может потребоваться ваше разрешение.

ДРУГИЕ ВИДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ ИНФОРМАЦИИ

Кроме случаев, описанных в этом уведомлении, или установленных федеральным законодательством или законодательством штата, мы не будем использовать или передавать вашу PHI без вашего письменного разрешения. Мы не будем использовать или раскрывать вашу PHI в маркетинговых целях, а также не будем продавать вашу медицинскую информацию без вашего разрешения. Если вы подписали разрешение, а затем передумали, сообщите нам об этом письменно. Это остановит любое будущее использование и раскрытие вашей PHI, но не потребует от нас возврата уже раскрытой информации.

НАШИ ОБЯЗАННОСТИ ПЕРЕД ВАМИ

- По закону мы обязаны соблюдать конфиденциальность и безопасность вашей PHI.
- При использовании и раскрытии вашей PHI мы должны соблюдать федеральные законы и законы штата. Некоторые законы обеспечивают повышенную защиту информации о психическом здоровье, алкоголизме и наркомании, ВИЧ/СПИ и заболеваниях, передающихся половым путем. В случаях, когда федеральный закон и закон штата обеспечивают аналогичную защиту, мы, как правило, будем следовать закону, который обеспечивает большую защиту ваших прав, конфиденциальности или вашей PHI.
- Мы должны соблюдать обязанности и практики конфиденциальности, описанные в этом уведомлении, и дать вам копию уведомления.
- Мы не будем использовать или передавать вашу информацию иначе, чем описано в этом уведомлении, если вы не сообщите нам об этом письменно. Если вы сообщите нам, что мы можем, то вы можете передумать в любое время. Сообщите нам письменно, если передумаете.
- Мы немедленно сообщим вам, если произойдет нарушение, которое могло поставить под угрозу конфиденциальность или безопасность вашей информации.

Подробнее здесь: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

ИЗМЕНЕНИЯ УСЛОВИЙ ЭТОГО УВЕДОМЛЕНИЯ

Мы оставляем за собой право изменить условия этого уведомления в любое время, и изменения будут распространяться на всю имеющуюся у нас информацию о вас. Новое уведомление будет доступно на нашем веб-сайте. Вы также можете запросить копию уведомления в наших отделениях или связаться с Pacific Clinics по адресу и телефону, указанным на странице 1.

УВЕДОМЛЕНИЕ О НЕДОПУЩЕНИИ ДИСКРИМИНАЦИИ

Pacific Clinics соблюдает действующие федеральные законы о гражданских правах и не допускает дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности или пола.

ВНИМАНИЕ: Если вы не говорите по-английски, вам доступны бесплатные услуги языковой помощи. Позвоните по тел. (626) 228-5000.