



Действительно с 23 сентября 2013 года

В этом уведомлении описывается, как информация о вашем здоровье может использоваться и раскрываться и как вы можете получить доступ к этой информации. **Просьба внимательно ознакомиться с ней.**

Snohomish County Health Department обязуется защищать ваши персональные данные о состоянии здоровья. Защищенная медицинская информация (ЗМИ) включает информацию, которую мы подготовили или получили относительно вашего здоровья, оказания вам медицинских услуг и оплаты оказанных вам медицинских услуг. Сюда относится информация персонального характера, например, ваша фамилия, дата рождения, номер социальной страховки, адрес и номер телефона.

**Специальными законами штата и федеральными законами для некоторых видов защищенной медицинской информации от нас может потребоваться более высокий уровень защиты.** Дополнительные уровни защиты, предусмотренные законодательством штата и федеральным законодательством, могут применяться к информации о заболеваниях, передающихся половым путем, о лечении от наркомании и алкоголизма, о психических заболеваниях и ВИЧ/СПИД информация. Когда это требуется по закону, до раскрытия этого вида информации мы должны получить ваше разрешение.

#### **Ваши права в отношении вашей защищенной медицинской информации**

- У вас есть право потребовать ограничений на использовании или раскрытии нами информацию о вашем здоровье. Ваше требование должно быть направлено в письменном виде нашему сотруднику по вопросам конфиденциальности с указанием информации, передачу которой вы хотите ограничить, и того, кому вы хотите ограничить ее применение. Нам необязательно соглашаться с ограничением, однако, если вы полностью оплатили услугу, мы не раскроем информацию о той услуге по плану медицинского страхования для оплаты, если вы предоставите письменный запрос о неразглашении информации.
- Вы вправе запросить, как мы предоставляем вам конфиденциальную информацию. Вы можете попросить нас поделиться с вами информацией определенным образом или в определенном месте. Например, вы можете попросить нас отправлять информацию на другой адрес вместо вашего домашнего; вы также можете попросить, чтобы мы звонили вам по специальному номеру телефона. Вы должны подать этот запрос в письменном виде. Вы не обязаны объяснять причину своего запроса. Мы обязаны выполнить вашу просьбу, если она разумна.
- В большинстве случаев вы имеете право просматривать или получать копии своих записей, включая копии записей в электронном формате. Вы должны подать запрос в письменном виде. Мы можем взять с вас разумную плату, исходя из стоимости снятия копий. В некоторых ситуациях мы можем отклонить ваш запрос и сообщим вам причину отказа. В некоторых случаях у вас может быть право попросить пересмотреть наш отказ.
- Вы имеете право запросить исправление или обновление своих записей. Вы можете попросить нас изменить или добавить недостающую информацию, если считаете, что в ней есть ошибка. Вы должны направить запрос в письменном виде нашему сотруднику по вопросам конфиденциальности и указать причину вашего запроса. В некоторых случаях мы можем отклонить ваш запрос в письменном виде. Вы можете ответить, подав нам письменное заявление о своем несогласии, и попросить, чтобы это заявление было включено в вашу медицинскую карту.
- Вы имеете право получить список лиц или агентств, куда была передана информация о вашем здоровье. Вы должны сделать такой запрос в письменном виде нашему сотруднику по вопросам конфиденциальности. В списке не будет раскрытия информации о вашем лечении, платежах или оказании медицинских услуг. В списке не будет информации, предоставленной непосредственно вам или вашей семье, или информации, посланной с вашего письменного разрешения.
- Вы имеете право получить бумажную или электронную копию самой последней версии настоящего Уведомления, по своему запросу.

- Вы имеете право отменить свое разрешение на раскрытие нами вашей информации. Если вы подписываете разрешение на использование или раскрытие информации, вы можете отменить это разрешение в любое время. Этот запрос должен быть подан в письменном виде нашему сотруднику по вопросам конфиденциальности. Это не повлияет на информацию, которая уже была использована или раскрыта.

### **Наши обязанности по закону**

По закону Snohomish County Health Department (Департамент здравоохранения округа Снохомиш) обязан предоставить вам наше Уведомление о порядке использования личной информации. Этот закон представляет собой Закон об ответственности и переносе данных о страховании здоровья граждан США от 1996 года (HIPAA). В соответствии с этим законом мы должны защищать конфиденциальность вашей защищенной медицинской информации (ЗМИ). Если мы обновим наше Уведомление о порядке использования личной информации, мы сделаем его доступным для вас. Самая последняя версия будет размещена в наших учреждениях и на нашем веб-сайте [www.snohd.org](http://www.snohd.org).

### **Мы обязаны:**

- Сохранять конфиденциальность вашей защищенной медицинской информации, за исключением случаев, указанных в настоящем Уведомлении
- Соблюдать условия действующего Уведомления
- Получать ваше письменное разрешение на любое использование или раскрытие, не предусмотренное в этом Уведомлении
- Уведомлять вас после нарушения не имеющей обеспечения ЗМИ

### **Как мы можем использовать или раскрывать информацию о вашем здоровье**

В соответствии с законом штата и федеральным законом мы можем использовать или раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию для лечения, оплаты и медицинского обслуживания без вашего согласия.

### **Для лечения:**

- Информация, которую вы предоставляете нашей лечащей группе, будет задокументирована в вашей медицинской карте. Лечащая группа может ознакомиться, обсудить или поделиться информацией между собой, чтобы предоставить качественный уход и помочь решить, какой уход может быть лучшим для вас.
- Мы также можем предоставить информацию о состоянии вашего здоровья другим поставщикам медицинских услуг. Это поможет им быть в курсе того, какую медицинскую помощь мы вам оказали.

### **Для оплаты:**

- Snohomish County Health Department выставляет счета Medicaid и Medicare (Федеральная система медицинской помощи неимущим и Федеральная программа медицинской помощи престарелым), которым нужна информация о вашем лечении для оплаты ваших счетов. В этом платежном документе может содержаться информация, которая идентифицирует вас, а также ваш диагноз, процедуры и использованные расходные материалы.

### **Для медицинского обслуживания:**

- Мы можем использовать информацию о состоянии вашего здоровья для того, чтобы понять, как сделать наши услуги лучше.
- Мы можем использовать и передавать информацию о состоянии вашего здоровья для изучения того, как наши медицинские работники выполняют свою работу, и для обучения нашего персонала.
- Мы можем связаться с вами, чтобы напомнить вам о времени посещения врача и предоставить вам информацию о различных видах лечения или других услугах, связанных со здоровьем.

- Мы также можем использовать и поделиться информацией о состоянии вашего здоровья для нижеследующего: Рассмотрения вашим оператором медицинского страхования.
  - Выставления счетов и назначения платежей.
  - Аудитов штата и федеральные аудиты.

**Другие причины, по которым мы имеем право или обязаны использовать или раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию без вашего письменного разрешения**

- **Общественное здравоохранение:** В соответствии с законом мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию для профилактики и контроля заболеваний, травм или инвалидности, сообщения о рождении или смерти, наблюдения за заболеваниями, а также для снижения серьезной или непосредственной угрозы здоровью или безопасности людей или общества.
- **Правоохранительные органы:** Мы можем раскрыть информацию сотруднику правоохранительных органов для сообщения о преступлении, агентству, расследующему преступление, или если вы являетесь жертвой преступления.
- **Медицинские исследования:** Мы можем раскрывать информацию для исследования, которая не идентифицирует участвующего в исследовании. Исследование должно быть организовано таким образом, чтобы защитить вашу конфиденциальность.
- **Директоры похоронных бюро, судмедэксперты и судебные следователи:** В соответствии с законом мы предоставляем информацию для того, чтобы они могли выполнять свою работу, например, для опознания тела или определения причины смерти.
- **Донорство органов:** После смерти информация может быть раскрыта организациям или агентствам с целью донорства органов, глаз или тканей или трансплантации.
- **Управление США по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов:** Информация может быть раскрыта для обсуждения снятия продукта с продажи или проблем с продуктами питания, пищевыми добавками и такими продуктами, как препараты для прививок или контроля рождаемости.
- **Компенсация работнику:** Информация может быть раскрыта для рассмотрения претензии в отношении производственной травмы или заболевания, насколько это необходимо для соблюдения соответствующих законов.
- **Подозреваемое жестокое обращение или пренебрежение обязанностями:** Мы можем предоставить информацию в соответствующий орган исполнительной власти, например, в социальные службы или службы охраны личной безопасности.
- **Исправительно-трудовые учреждения:** Если вы находитесь в следственном изоляторе или тюрьме, мы можем раскрыть информацию, необходимую для защиты вашего здоровья или для охраны здоровья и безопасности окружающих.
- **Контроль охраны здоровья и безопасности:** Мы можем поделиться информацией о состоянии здоровья с агентством, которое рассматривает местные программы здравоохранения, например, Департамент охраны здоровья штата Вашингтон.
- **Помощь при стихийных бедствиях:** Мы можем поделиться информацией о состоянии здоровья с агентствами по оказанию помощи при стихийных бедствиях, чтобы сообщить семье или друзьям о вашем состоянии.
- **Органы военного управления США:** Если вы являетесь военнослужащим, по закону от нас может потребоваться информация о состоянии вашего здоровья, необходимая для выполнения военной задачи.
- **Национальная безопасность:** Мы можем поделиться информацией о состоянии здоровья в целях обеспечения национальной безопасности или специальных федеральных расследований согласно Закону о национальной безопасности.
- **Суды или судебные разбирательства:** Информация может быть раскрыта как того требует судебная повестка, судебный ордер, административный суд или для защиты в судебном процессе. Для уведомления вас о таком запросе будут приложены обоснованные усилия.
- **Деловые партнеры:** Это люди или агентства, которые помогают нам предоставлять вам услуги. Закон гласит, что мы можем предоставить им достаточно информации для выполнения их работы. Мы требуем, чтобы они защищали вашу информацию так же, как и мы.
- **Общение с семьей:** Мы можем передавать члену семьи или любому другому указанному вами лицу медицинскую информацию, связанную с участием этого лица в вашем лечении.

- **Несовершеннолетние:** Несовершеннолетние - это дети в возрасте до 18 лет. В большинстве случаев родители и законные представители могут просматривать медицинскую информацию своего несовершеннолетнего ребенка. В некоторых случаях нам требуется по закону получить разрешение несовершеннолетнего на предоставление родителю или законному представителю доступа к информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего, например, информацию о лечении от алкогольной или наркотической зависимости (в возрасте 14 лет и старше), о заболевании, передающимся половым путем (в возрасте 14 лет и старше) и о психическом здоровье (в возрасте 13 лет и старше).

**Для прочих видов использования и раскрытия информации требуется ваше письменное разрешение:** Snohomish County Health Department не занимается привлечением средств, маркетингом, психотерапевтическим лечением или продажей защищенной медицинской информации. Однако, мы должны сообщить вам, что для использования защищенной медицинской информации в этих целях требуется ваше разрешение.

Использование и раскрытие сведений в этом Уведомлении осуществляется только согласно закону или с вашего письменного разрешения.

**Для получения подробной информации или подачи жалобы свяжитесь с:**

**Сотрудником по вопросам  
конфиденциальности**  
Snohomish County Health Department  
3020 Rucker Ave., Suite 306  
Everett, WA 98201  
Тел.: (425) 339-8641

**Если вы считаете, что ваши права на защиту персональных данных были нарушены, вы можете также направить жалобу Секретарю Министерства здравоохранения и социальных служб США по адресу, указанному ниже. Против вас не будут приняты ответные меры за подачу жалобы.**

**Управление по гражданским  
правам**  
Централизованное ведение пациентов  
Министерство здравоохранения и социальных  
служб США  
200 Independence Avenue, SW, HHH Building,  
Room 509F  
Washington D.C., 20201

Тел.: 800-368-1019  
С телефонной приставкой для  
неслышащих: 800-537-7697  
В сетевом доступе:  
[www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr)