

---

### **Уведомление о порядке использования конфиденциальной информации**

В данном Общем уведомлении о порядке использования конфиденциальной информации (Уведомлении) изложен порядок использования и передачи Вашей медицинской информации, а также порядок получения Вами такой информации. Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с текстом данного Уведомления. Это Уведомление предоставлено Вам от имени **Providence Health & Services (Providence)**, его медицинского персонала и других поставщиков медицинских услуг (в совокупности именуемых в тексте "мы" или "наш").

### ***Providence берет на себя обязательство защищать конфиденциальность Вашей медицинской информации***

Мы по закону обязаны соблюдать конфиденциальность Вашей защищенной медицинской информации (которая обычно именуется PHI (ЗМИ) или медицинской информацией), в том числе ЗМИ в электронном формате. Мы также обязуемся предоставлять информацию о наших правовых обязательствах и правилах соблюдения конфиденциальности медицинской документации. Мы также обязаны следовать всем положениям данного Уведомления, кроме случаев, когда применимы более строгие законы или постановления. Действие этого Уведомления распространяется на все учреждения, услуги и программы Providence, предоставляющие Вам медицинское обслуживание.

### **Применение данного Уведомления**

Порядок соблюдения конфиденциальности Вашей информации, изложенный в настоящем Уведомлении, будет соблюдаться:

- Всеми медицинскими работниками, оказывающими Вам услуги в любом из наших отделений.
- Во всех учреждениях, отделениях и подразделениях, включая больницы, хирургические центры, уход на дому, клиники и другие филиалы.
- Всеми сотрудниками, медицинским персоналом, стажерами, студентами, волонтерами и другими лицами, находящимися под нашим непосредственным контролем, вне зависимости от того, оплачивается их работа или нет.

- Другими поставщиками медицинских услуг, которые согласились соблюдать условия настоящего Уведомления о порядке использования конфиденциальной информации.

В данном Уведомлении представлена подробная информация о том, как мы можем использовать и выдавать Вашу медицинскую информацию с Вашего разрешения и без него, а также изложены сведения о Ваших определенных правах по отношению к Вашей медицинской информации.

### ***Виды использования и раскрытия Вашей медицинской информации без Вашего разрешения***

**Для связи с Вами:** Мы можем использовать Вашу информацию, чтобы связаться с Вами и напомнить о медицинском приеме, сообщить результаты анализов, рассказать Вам о вариантах лечения или предложить Вашему вниманию другие льготы и услуги, связанные со здоровьем.

**Лечение:** Мы можем передать Вашу информацию любому медработнику, который предоставляет Вам медицинские услуги. Сюда входит координация Вашего лечения с другими медработниками и предоставление направлений на приемы к другим медработникам. Например, Ваша информация может потребоваться Вашему лечащему врачу, фармацевту, медсестре и другим медработникам, в том числе физиотерапевтам, поставщикам медицинских услуг на дому или сотрудникам рентген-кабинета. Мы можем передать Вашу информацию Вашему поставщику медицинских услуг в электронном виде, чтобы обеспечить скорейшее предоставление информации для Вашего лечения.

Мы можем предоставлять информацию о Вашем здоровье любому члену семьи или другу, который помогает Вам в процессе получения лечения. Такое разглашение возможно только с Вашего согласия или в случае отсутствия возражений с Вашей стороны. Разглашаться будет только та информация, которая необходима им для оказания Вам помощи. Если Вы не можете согласиться или возразить против такого разглашения, мы можем раскрывать Вашу медицинскую информацию по мере необходимости, если мы определим исходя из нашего профессионального суждения, что это в Ваших наилучших интересах. В случае Вашей кончины мы можем раскрыть медицинскую информацию члену семьи, родственнику или другому человеку, который был вовлечен в процесс Вашего лечения или оплаты медицинских услуг, если Вы ранее не выразили иные предпочтения.

**Оплата:** С целью получения оплаты за оказанные медицинские услуги нам, возможно, придется предоставить Вашу медицинскую информацию стороне, которая будет отвечать за оплату. Такой стороной может выступать Medicare, Medicaid (медицинский страховой план, предоставляемый штатом) или Ваша страховая компания. Вашей страховой компании или государственной службе здравоохранения может потребоваться Ваша медицинская информация для определения наличия у Вас права на покрытие медицинских услуг, рассмотрения вопроса о медицинской необходимости предоставленных Вам медицинских услуг или для выдачи разрешений на получение больничного обслуживания или госпитализацию.

**Работа медицинского учреждения:** Ваша медицинская информация может быть использована для обеспечения нашей работы и качества предоставляемых услуг. Некоторые мероприятия включают оценку качества, оценку работы коллег и сотрудников, подготовку медицинского персонала, лицензирование и аккредитацию, сбор данных и проверки регулирующими службами.

Мы можем передать Вашу ЗМИ третьим лицам, которые предоставляют такие услуги, как транскрипция или выписка счетов на оплату. В таких случаях мы заключаем с третьими сторонами письменное соглашение о неразглашении Вашей медицинской информации за исключением случаев, разрешенных законодательством.

Мы также можем использовать Вашу информацию (имя, адрес, дату рождения, название отделения, имя лечащего врача, даты и исход лечения) в рамках наших усилий по сбору средств для целей здравоохранения. **Вы вправе отказаться от получения такой информации.** Если Вы не хотите получать эти материалы, пожалуйста, обратитесь в наш офис и попросите не высылать Вам такие материалы.

Если Вы не возражаете, Ваше имя и местоположение могут быть включены в список наших пациентов. Такая информация будет раскрываться только в очень ограниченном виде, например, если какое-либо лицо захочет узнать о Вашем местоположении в больнице и об общем состоянии Вашего здоровья и будет спрашивать о Вас, зная Ваше имя. Если Вы решите указать свою религиозную принадлежность и не высказываете возражений, мы можем предоставить Ваше имя и номер палаты духовному лицу Вашего вероисповедания или религиозной общине

В данном Уведомлении также описаны правила использования конфиденциальной информации в рамках Соглашения об оказании организованной медицинской помощи ("ОНСА") между нами и определенными медицинскими учреждениями и организациями. Такое соглашение ОНСА позволяет определенным отдельным юридическим лицам, пользоваться и разглашать ЗМИ для совместной работы этой сети организаций. Мы являемся частью такой сети медицинских организаций, которые согласились сотрудничать друг с другом, чтобы облегчить доступ к медицинской информации, имеющей отношение к Вашему лечению. Например, если Вы обратились в больницу для получения неотложной помощи и не можете дать важную информацию о своем здоровье, благодаря ОНСА мы узнаем Вашу ЗМИ для Вашего лечения от других участников ОНСА. Доступ к Вашей ЗМИ в случае необходимости означает, что Вы получите более высококачественное медицинское обслуживание. Мы храним медицинскую информацию о наших пациентах в общем электронном хранилище медицинских записей, которыми пользуются и другие медицинские работники, участвующие в программе ОНСА. Providence и члены ОНСА должны иметь свободный доступ к Вашей медицинской информации для предоставления лечения, выставления счетов и работы медицинского учреждения. По этой причине мы создали ОНСА и настоящее Общее уведомление. Члены ОНСА могут составлять собственные уведомления. Для получения информации об организациях, участвующих в нашей программе ОНСА, пожалуйста, свяжитесь с отделом по вопросам конфиденциальности, указанным в этом Уведомлении.

***Иные виды использования и раскрытия информации, возможные без Вашего разрешения***

Ваша медицинская информация может быть использована или раскрыта без Вашего разрешения в нескольких случаях. Как правило, такое использование или раскрытие информации требуется законом или для обеспечения здоровья и безопасности населения.

**В случаях, предусмотренных законодательством:** Мы можем использовать или раскрывать Вашу медицинскую информацию, когда этого требует закон. В этом случае мы будем соблюдать требования закона и раскроем только ту информацию, которая необходима.

**Общественное здравоохранение:** Мы можем раскрыть Вашу медицинскую информацию органам здравоохранения для проведения мероприятий в

области здравоохранения. Мероприятия в области здравоохранения включают предотвращение или контроль заболеваний, травм, инвалидности и ответы на сообщения о жестоком или небрежном обращении или насилии в семье. Мы можем раскрыть Вашу медицинскую информацию лицу или учреждению, обязанному сообщать о неблагоприятных событиях, дефектах или проблемах с продукцией, отклонениях от нормы в биологических продуктах или для отзывов, ремонта или замены продукции. Любое раскрытие такого рода будет осуществляться в соответствии с федеральными законами и законами штата.

**Надзор в сфере здравоохранения:** Мы можем раскрыть Вашу медицинскую информацию учреждениям, осуществляющим надзор за системой здравоохранения на законных основаниях, например, для таких мероприятий, как проведение ревизий, расследований или инспекторских проверок. Учреждения, осуществляющие надзор за системой здравоохранения, включают государственные учреждения, осуществляющие надзор за системой здравоохранения, государственными программами помощи, государственными программами регулирования и соблюдением законов о гражданских правах.

**Судебные разбирательства:** Мы можем раскрыть Вашу медицинскую информацию в ответ на судебный или административный приказ в процессе административного или судебного разбирательства, или в ответ на вызов в суд, требование суда о представлении сведений или другой юридический процесс.

**Правоохранительные органы:** Мы можем использовать или раскрыть Вашу медицинскую информацию в правоохранительных целях. Например, (1) в ответ на судебные процессы; (2) предоставление ограниченной информации для идентификации или определения местонахождения подозреваемого лица; (3) предоставление информации о жертвах преступления; (4) сообщение о подозрении, что смерть произошла в результате преступного деяния; (5) сообщение о преступлении, которое произошло на нашей территории; а также (6) для сообщения об оказании неотложной медицинской помощи лицу, по всей вероятности, ставшему жертвой преступления.

**Предотвращение серьезной опасности:** Мы можем использовать или раскрыть Вашу медицинскую информацию в случаях, если по нашему мнению такое использование или раскрытие является необходимым для

предотвращения или снижения серьезной и реальной угрозы здоровью и безопасности человека или общества. Информация может быть раскрыта только тому лицу, которое обладает достаточными возможностями для предотвращения или уменьшения угрозы.

**Коронеры, работники похоронных бюро и донорство органов:** Мы можем раскрыть Вашу медицинскую информацию коронеру или судебно-медицинскому эксперту для опознания умершего, выявления причины смерти или иных мероприятий, требуемых по закону. Мы можем раскрыть Вашу медицинскую информацию работнику похоронного бюро, чтобы помочь ему/ей выполнить свои обязанности. Мы можем раскрыть Вашу информацию для содействия в процессе донорства органов, глаз и тканей.

**Научно-исследовательская деятельность:** Мы можем раскрыть Вашу медицинскую информацию лицам, занимающимся научно-исследовательской деятельностью, при условии что исследования были одобрены Советом по научным исследованиям и/или Советом по вопросам конфиденциальности, и протоколы исследований были утверждены как обеспечивающие конфиденциальность Вашей информации. Мы можем раскрыть Вашу медицинскую информацию лицам, которые собираются приступить к научно-исследовательскому проекту.

**Военная активность и национальная безопасность:** Мы можем раскрыть медицинскую информацию военнослужащих: (1) для проведения мероприятий, которые соответствующее военно-командное ведомство считает необходимыми; (2) для определения Департаментом по делам ветеранов наличия у Вас права на получение пособий; или (3) иностранным военным ведомствам, если Вы состоите на военной службе у иностранного государства. Мы также можем раскрыть Вашу медицинскую информацию уполномоченным федеральных властей для проведения мероприятий по обеспечению национальной безопасности и для разведки, включая обеспечение защиты президента, или другим лицам, которые вправе получать такую информацию на законных основаниях.

**Заключенные/задержанные:** Мы можем использовать или разглашать Вашу медицинскую информацию исправительному учреждению или сотруднику правоохранительных органов, если Вы являетесь заключенным в исправительном учреждении или находитесь под арестом, и информация необходима для Вашего лечения или защиты Вашего здоровья и

безопасности, а также здоровья и безопасности других заключенных, работников исправительного учреждения или иных лиц.

**Выплата компенсаций работникам, получившим травму на производстве:**

Мы можем использовать или раскрывать Вашу медицинскую информацию по мере необходимости в соответствии с законами о выплате компенсации работникам, получившим травму на производстве, и иными подобными закономерно учрежденными программами.

**Ликвидация последствий стихийных бедствий:** Мы можем раскрыть Вашу медицинскую информацию юридическому лицу, оказывающему помощь в ликвидации последствий стихийных бедствий. Таким образом, Ваши родные и близкие смогут получить информацию о состоянии Вашего здоровья, о Вашем статусе и местоположении.

***Использование и раскрытие Вашей медицинской информации, для которых требуется Ваше разрешение***

Определенные виды использования или раскрытия Вашей медицинской информации, в том числе для маркетинга, продажи медицинской информации или разглашение записей о проведении психотерапии будет производиться только с Вашего письменного разрешения. Вы имеете право аннулировать данное разрешение, подав письменный запрос, кроме случаев, когда такой запрос был подан после того, как мы предприняли действия на основании данного разрешения.

Виды использования и раскрытия информации, не описанные в этом Уведомлении, будут производиться только с Вашего письменного разрешения.

Федеральные законы и законы штата могут наложить дополнительные ограничения на выдачу информации о Вашем здоровье для лечебных программ, занимающихся лечением алкоголизма и наркозависимости, передаваемых половым путем заболеваний или психических болезней. В случаях, предусмотренных законодательством, мы получим Ваше разрешение перед разглашением такого рода информации.

***Ваши права***

**Право на запрос на ограничение использования информации:** Вы вправе попросить нас наложить ограничения на использование и выдачу нами Вашей медицинской информации для лечения, оплаты и работы

медицинского учреждения. Мы рассмотрим Ваш запрос, но не обязаны согласиться наложить ограничения (кроме случаев, описанных ниже). В случае нашего согласия с ограничением мы не будем использовать или раскрывать Вашу медицинскую информацию в нарушение этого ограничения, если это не требуется в чрезвычайных ситуациях. Мы Вам сообщим, если ограничение станет невозможным.

**Право на ограничение раскрытия информации медицинским страховым планам:** Во время предоставления услуги Вы вправе направить письменную просьбу о том, чтобы мы не выдавали информацию медицинским страховым планам, если Вы уплатили им за услуги или принадлежности в полном объеме из своего кармана. Мы обязуемся не разглашать эту информацию Вашему страховому плану в случае, если выполнены определенные условия.

**Конфиденциальность общения:** мы постараемся удовлетворить разумные просьбы об общении с Вами по поводу Вашей медицинской информации разными методами или в других возможных местах. Например, если наступил Вы имеете страховое покрытие, но не являетесь основным клиентом страхового плана в своей семье, и Вы бы хотели, чтобы Ваша медицинская информация посылалась по другому адресу, мы, как правило, сделаем это для Вас.

**Нарушение конфиденциальности информации:** Вы вправе получать Уведомления о нарушении конфиденциальности Вашей медицинской информации, как того требует законодательство.

**Доступ к Вашей медицинской информации:** Вы вправе получать копии Вашей медицинской информации, хранящейся у нас, за некоторыми небольшими исключениями. Вы можете попросить предоставить Вам доступ к Вашей медицинской информации в письменной форме и Вы можете попросить предоставить Вам копию Вашей информации в электронном формате. Мы оставляем за собой право взимать разумную плату за затраты на составление и выдачу Вашей медицинской информации. Вы вправе запросить пересылку Вашей медицинской информации любому человеку или юридическому лицу, например, другому врачу, лицу, предоставляющему уход, или для личных записей о Вашем здоровье в электронном виде.

**Внесение поправок в Вашу медицинскую информацию:** Вы можете попросить нас внести поправки в любую Вашу медицинскую документацию. Вам нужно подать просьбу о внесении этих изменений в письменной форме,



сдав запрос в отдел медицинской документации учреждения. Мы можем отказать Вам в определенных ситуациях, например, когда медицинская информация была внесена другим лицом или учреждением или в случае, если мы посчитаем, что Ваша информация является точной и полной. Все отказы будут предоставлены в письменной форме. Вы имеете право на обжалование нашего отказа, подав письменное заявление о своем несогласии.

**Учет определенных видов раскрытия информации:** Вы вправе *получить перечень всех случаев раскрытия нами Вашей* медицинской информации, за исключением тех случаев, когда информация раскрывается для лечения, оплаты или для *работы медицинского учреждения*, или если эта информация была раскрыта с Вашего разрешения. В перечень случаев раскрытия информации, как правило, включены сведения *об обязательном раскрытии информации для целей общественного здравоохранения, правоохранения, судебных разбирательств или в случаях, когда сообщение информации является обязательным, например, для выдачи свидетельств о рождении и смерти.*

**Как воспользоваться Вашими правами:** Чтобы воспользоваться любым из вышеуказанных прав, или если Вам необходимо передать Вашу медицинскую информацию кому-либо для целей, не перечисленных в настоящем документе, обратитесь в соответствующий отдел учета и организации медицинской документации.

### ***Вопросы и жалобы***

если у Вас возникли вопросы или Вы считаете, что Ваши права на конфиденциальность были нарушены, пожалуйста, свяжитесь с нашим должностным лицом по вопросам конфиденциальности по телефону **1-(800) 628-PROV (800-628-7768)**. Вы также вправе подать жалобу в Департамент здравоохранения и социального обеспечения по адресу:

**Office for Civil Rights – AK, WA, OR, MT**  
**(Отдел гражданских прав – Аляска, Вашингтон, Орегон, Монтана) U.S.**  
Department of Health and Human Services  
2201 Sixth Avenue - M/S: RX-11  
Seattle, WA 98121-1831

**Office for Civil Rights – CA**  
**(Отдел гражданских прав – Калифорния)**

U.S. Department of Health and Human Services  
90 7<sup>th</sup> Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103

**Внесение изменений в Общее уведомление о порядке использования конфиденциальной информации**

Мы оставляем за собой право вносить изменения в условия нашего уведомления в любое время. Новые положения уведомления будут распространяться на всю защищенную медицинскую информацию, которая хранится в нашем учреждении. Вы в любое время можете ознакомиться с текущим уведомлением на нашем сайте [www.providence.org](http://www.providence.org) или попросить экземпляр текущего уведомления в отделе медицинской документации, у должностного лица по вопросам конфиденциальности или в регистратуре.