

## УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВИЛАХ СОБЛЮДЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

**В настоящем уведомлении содержится описание порядка использования и предоставления информации о состоянии вашего здоровья, а также получения вами доступа к ней. Внимательно ознакомьтесь с этим документом.**

В компании Unity Care NW уважают вашу конфиденциальность и понимают, что информация о состоянии вашего здоровья носит очень деликатный характер. Мы не будем использовать или предоставлять вашу информацию другим лицам без вашего разрешения, за исключением случаев, описанных в настоящем уведомлении о правилах соблюдения конфиденциальности, либо если это требуется законодательством.

Законодательство защищает конфиденциальность информации о состоянии здоровья, которую мы создаем или получаем при предоставлении вам обслуживания и услуг. Например, к защищаемой информации о состоянии здоровья относятся сведения о симптомах, результаты анализов, диагнозы, описание лечения, информация о состоянии здоровья от других поставщиков услуг, а также платежная информация и информация об оплате, относящаяся к полученным услугам.

### Ваши права на конфиденциальность

**У вас есть определенные права в отношении информации о состоянии здоровья.** В этом разделе описываются ваши права и некоторые наши обязанности по оказанию вам помощи.

#### Получение электронной или бумажной копии вашей медицинской карты

- Вы можете требовать посмотреть или получить электронную или бумажную копию вашей медицинской карты и другой информации о состоянии вашего здоровья, которая находится в нашем распоряжении. Спросите у нас, как это сделать.

Обычно мы предоставляем копию или краткое изложение информации о состоянии вашего здоровья в течение 15 дней с момента получения запроса. Мы можем взимать разумную, основанную на издержках плату. UCNW может освободить от этой платы пациентов, которые докажут, что они испытывают финансовые трудности.

#### Запрос на отправку электронной или бумажной копии вашей медицинской карты третьей стороне

- Вы можете требовать отправить электронную или бумажную копию вашей медицинской карты и другой информации о состоянии вашего здоровья, которая находится в нашем распоряжении, другой стороне, например врачу или адвокату. Спросите у нас, как это сделать.

#### Запрос на исправление информации в вашей медицинской карте

- Вы можете требовать исправления информации о состоянии вашего здоровья, которую вы считаете недостоверной или неполной. Спросите у нас, как это сделать.
- Мы можем отклонить ваш запрос, но изложим причины такого отказа в письменной форме в течение 60 дней.

#### Запрос на конфиденциальное общение

- Вы можете требовать, чтобы мы общались с вами определенным способом (например, звонили на домашний или рабочий телефон) либо отправляли сообщения на другой адрес.
- Мы удовлетворим все разумные запросы.

#### Запрос на ограничение используемой или предоставляемой информации

- Вы можете требовать, чтобы мы не использовали или не предоставляли определенную информацию о состоянии вашего здоровья, относящуюся к лечению, оплате или нашим операциям. Мы не обязаны удовлетворять ваш запрос и можем отклонить его, если его удовлетворение негативно скажется на вашем обслуживании.
- Если вы оплачиваете услуги или медицинскую продукцию полностью наличными, вы можете требовать, чтобы мы не предоставляли эту информацию вашей страховой медицинской организации в целях оплаты или выполнения наших операций. Мы можем удовлетворить ваш запрос, если только предоставление такой информации не требуется законодательством.

#### Получение списка лиц, которым мы предоставили информацию

- Вы можете требовать получения списка (отчета) с указанием всех случаев предоставления информации о состоянии вашего здоровья, наименования лиц, которым она была предоставлена, и причин такого предоставления за шесть лет до даты запроса.
- Мы внесем в отчет все случаи предоставления информации, за исключением случаев предоставления информации о лечении, оплате и медицинских операциях, а также некоторых других случаев предоставления информации (например, выполненных по вашему запросу). Мы предоставляем один отчет в год бесплатно, за предоставление еще одного в течение 12 месяцев по запросу мы взимаем разумную, основанную на издержках плату.

#### Получение копии настоящего уведомления о правилах соблюдения конфиденциальности

- Вы можете требовать получения бумажной копии настоящего уведомления в любое время, даже если согласились получить уведомление в электронной форме. Мы незамедлительно предоставим вам бумажную копию.

#### Выбор представителя, действующего от вашего имени

- Если вы предоставили другому лицу доверенность на представление ваших интересов как пациента или если вы имеете законного опекуна, это лицо может пользоваться вашими правами и принимать решения в отношении вашей информации о состоянии вашего здоровья.
- Мы проверим наличие у соответствующего лица необходимых полномочий, дающих ему право действовать от вашего имени, прежде чем будем предпринимать какие-либо действия.

**Если вам меньше 18 лет, у вас есть право на получение определенных услуг в Unity Care NW без участия родителей или их разрешения. \***

- Лечение заболеваний, передающихся половым путем (14 лет и старше).
- Услуги по предупреждению беременности (в любом возрасте).
- Психиатрические услуги (13 лет и старше).
- Услуги по решению проблем, связанных со злоупотреблением алкоголем или наркотиками (13 лет и старше).

Если у вас есть какие-либо вопросы, рекомендуем вам обратиться к своему поставщику медицинских услуг.

\*См. свод законов штата Вашингтон с поправками: RCW 70.24.110; RCW 9.02.100(1); RCW 71.34.530; RCW 70.96A.230

### **Подача жалоб в случае предполагаемого нарушения прав**

- Если вам кажется, что ваши права нарушили, вы можете обратиться к сотруднику по защите конфиденциальности информации, написав на адрес, указанный в конце настоящего уведомления, или позвонив по номеру 360-788-2663.
- Вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социального обеспечения США, направив письмо по адресу 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, позвонив по номеру 1-877-696-6775 или посетив веб-сайт [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- Мы не будем предпринимать против вас ответные меры за подачу жалобы.

## **Ваш выбор**

**Вы можете определить свои предпочтения в отношении предоставления нами определенной информации о состоянии вашего здоровья.** Если вы предпочитаете какой-то способ предоставления нами относящейся к вам информации в описанных ниже ситуациях, сообщите нам. Расскажите нам, что мы должны делать, и мы будем следовать вашим инструкциям.

В таких случаях у вас есть право и выбор поручить нам:

- предоставлять информацию о состоянии вашего здоровья членам вашей семьи, близким друзьям и прочим лицам, принимающим участие в вашем обслуживании;
- предоставлять информацию при возникновении чрезвычайных ситуаций;
- включать вашу информацию в каталог учреждения (если это применимо).

*Если вы не имеете возможности сообщить нам о своих предпочтениях, например пребываете в бессознательном состоянии, мы можем по собственной инициативе предоставить информацию о вас, если сочтем, что такое предоставление отвечает вашим наилучшим интересам. При необходимости мы также можем предоставлять информацию о вас в целях снижения уровня серьезной и неизбежной угрозы вашему здоровью и безопасности.*

В следующих случаях мы можем предоставлять информацию о вас только при наличии вашего письменного разрешения:

- для маркетинговых целей, не относящихся к планам страхования, в которых вам предлагается информация о покрытии;
- для продажи информации о вас;
- в большинстве случаев предоставления данных о психическом здоровье, злоупотреблении алкоголем или наркотиками, а также данных, относящихся к заболеваниям, передающимся половым путем.

В случае сбора средств:

- мы можем обратиться к вам в рамках осуществления инициатив по сбору средств, но вы можете попросить нас больше не обращаться к вам.

## **Использование и предоставление информации**

### **Как мы обычно используем или предоставляем информацию о состоянии вашего здоровья?**

Как правило, мы используем или предоставляем информацию о состоянии вашего здоровья в указанных ниже случаях.

#### **Ваше лечение**

Мы можем использовать информацию о состоянии вашего здоровья и предоставлять ее специалистам, которые занимаются вашим лечением.

*Пример. Врач, лечащий вашу травму, обращается к другому врачу за информацией о вашем общем состоянии здоровья.*

#### **Управление нашей организацией**

Мы можем использовать и предоставлять информацию о состоянии вашего здоровья в целях осуществления нашей деятельности, улучшения вашего обслуживания и обращения к вам при необходимости. Мы можем звонить вам, отправлять текстовые сообщения на указанные вами номера телефонов и адреса электронной почты, а также направлять письма через почтовую службу США.

*Пример. Мы используем информацию о состоянии вашего здоровья в целях контроля за предоставляемым вам лечением и услугами, выдачи вам напоминаний о предстоящих приемах и предложения вам услуг, связанных с вашим обслуживанием, в UCNW.*

#### **Оплата за оказываемые услуги**

Мы можем использовать и предоставлять информацию о состоянии здоровья для выставления вам счетов и получения платежей в рамках планов медицинского страхования или от других учреждений.

*Пример. Мы предоставляем информацию о вас страховой организации, которая разработала для вас план медицинского страхования, чтобы она смогла оплатить оказанные вам услуги.*

## Как еще мы можем использовать или предоставлять информацию о состоянии вашего здоровья?

Мы имеем право или обязаны предоставлять информацию о вас другими способами: как правило, в контексте повышения уровня общего благосостояния, в частности, для обеспечения здоровья населения или в рамках научно-исследовательской деятельности. Мы должны обеспечить соответствие целому ряду законодательных норм, прежде чем сможем предоставлять информацию о вас в подобных целях. Дополнительную информацию см. на веб-сайте [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

### Помощь в решении проблем здоровья населения и безопасности

Мы можем предоставлять информацию о состоянии вашего здоровья в определенных случаях, например:

- для профилактики заболеваний;
- для оказания помощи при отзыве продукции;
- для сообщения о нежелательных реакциях на лекарственные препараты;
- для сообщения о предполагаемых случаях жестокого обращения, халатности или насилия в семье;
- для предотвращения или уменьшения серьезной угрозы здоровью или безопасности любых лиц.

### Научно-исследовательская деятельность

Мы можем использовать или предоставлять информацию о вас в рамках научно-исследовательской деятельности.

### Соблюдение требований законодательства

Мы предоставляем информацию о вас в соответствии с требованиями законодательства штата или федерального законодательства, в том числе в ответ на требования Министерства здравоохранения и социального обеспечения, контролирующего соблюдение нами федерального закона о конфиденциальности.

### Реагирование на запросы о донорстве органов и тканей

Мы можем предоставлять информацию о состоянии вашего здоровья организациям трансплантационной координации.

### Сотрудничество с судмедэкспертами и директорами похоронных служб

Мы можем предоставлять информацию о состоянии здоровья судебным следователям, судмедэкспертам или директорам похоронных служб в случае смерти человека.

### Работа с запросами работников о компенсациях, запросами правоохранительных и прочих государственных органов

Мы можем использовать или предоставлять информацию о состоянии вашего здоровья в следующих случаях:

- для обработки страховых требований работников;
- в целях правоприменения или в рамках сотрудничества с официальным представителем правоохранительных органов;
- в рамках сотрудничества с органами, контролирующими деятельность учреждений здравоохранения, разрешенную законодательством;
- в рамках реализации специальных государственных функций, например организации военной обороны, мероприятий по обеспечению национальной безопасности и охраны первых лиц государства.

### Реагирование на иски и прочие судебные инициативы

Мы можем предоставлять информацию о состоянии вашего здоровья во исполнение постановлений суда, предписаний административных органов или же в ответ на вызов в суд.

## Наши обязанности

- Согласно закону мы обязаны обеспечивать конфиденциальность и безопасность защищаемой информации о состоянии вашего здоровья.
- Если произойдет нарушение, которое может поставить под угрозу конфиденциальность или безопасность информации, мы незамедлительно сообщим вам об этом.
- Мы должны выполнять обязанности и соблюдать правила обеспечения конфиденциальности, описанные в настоящем уведомлении, а также предоставить вам его копию.
- Мы не будем использовать или предоставлять вашу информацию другими способами, кроме описанных здесь, без вашего соответствующего разрешения в письменной форме. Если вы предоставите такое разрешение, вы все равно можете изменить свое решение в любое время. Если вы измените свое решение, сообщите нам об этом в письменной форме.

Дополнительную информацию см. на веб-сайте [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

## Изменения условий настоящего уведомления

Мы можем изменить условия настоящего уведомления; измененные условия будут применимы ко всей относящейся к вам информации, которая находится в нашем распоряжении. Новое уведомление можно будет получить по запросу в нашем офисе либо на нашем веб-сайте [www.UnityCareNW.org](http://www.UnityCareNW.org).

**ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ: 01.03.2019**

## КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

**Сотрудник по защите конфиденциальности информации**

Unity Care NW

1616 Cornwall Avenue, Suite 205

Bellingham, WA 98225

(360) 788-2663