



Департамент здравоохранения округа Мэрион  
(Marion County Health Department)

**УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ СОБЛЮДЕНИЯ  
КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ  
(NOTICE OF PRIVACY PRACTICES)**

Дата вступления в силу: 1-ого июня, 2013 года

**ЭТО УВЕДОМЛЕНИЕ ОПОВЕЩАЕТ О ТОМ, КАК МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ О ВАС МОГУТ ВОСПОЛЬЗОВАТЬСЯ И КАК ЕЁ МОГУТ РАЗГЛАСИТЬ, И КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПОЖАЛУЙСТА, ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ. ЗДЕСЬ УКАЗАНО ВАШЕ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ УВЕДОМЛЕНИЯ.**

Это Уведомление доступно на других языках и в других форматах, которые отвечают критериям Постановления об американцах-инвалидах (Americans with Disabilities Act - ADA). Обратитесь к провайдеру услуг, или позвоните по главному номеру телефона в Департамент здравоохранения: по № телефона 503-588-5357, или по факсимиллю № 503-364-6552.

В данном Уведомлении слова "мы", "нас", "наш", и "Отдел" означают Департамент здравоохранения округа Мэрион.

### **Цель этого Уведомления**

Департамент предоставляет много различных категорий услуг, таких как медицинское обслуживание и услуги в области психического здоровья. Сотрудники Департамента должны собрать информацию о Вас для оказания этих услуг. Департамент знает, что информация, собранная о Вас и вашем здоровье является конфиденциальной информацией. Федеральное и государственное постановление обязует нас сохранить эту информацию неразглашенной. Мы называем вашу индивидуальную медицинскую информацию "защищенной медицинской информацией" ("protected health information" PHI).

Настоящее Уведомление о порядке соблюдения конфиденциальности оповестит Вас о том, как Департамент может воспользоваться или разгласить информацию о Вас. Не каждая ситуация может быть описана в Уведомлении. Если у Вас возникнут какие-либо вопросы по поводу любого заявления в данном уведомлении, то тогда, пожалуйста, обратитесь к вашему провайдеру услуг (Service Provider). Постановление требует от Департамента здравоохранения, чтобы копия нашего уведомления о порядке соблюдения конфиденциальности была бы доступна для Вас, по вашему запросу. По закону, мы должны следовать условиям уведомления, действительного в настоящее время.

### **Как мы можем воспользоваться и разгласить информацию о Вас**

- **В целях лечения.** Департамент может воспользоваться или разгласить информацию провайдерам медицинского лечения, которые вовлечены в ваше лечение. Например, информация может быть передана для создания и проведения плана вашего лечения.
- **В целях оплаты.** Департамент может воспользоваться или разгласить информацию для того, чтобы получить платеж или оплатить за медицинские услуги, получаемые Вами. Например, мы можем предоставить информацию о вашем здоровье для выставления платежа в ваш страховой план для оплаты вашего медицинского визита.
- **В целях организации лечения.** Департамент может воспользоваться или разгласить информацию для того, чтобы руководить своими программами и мероприятиями. Например, мы можем воспользоваться информацией для рассмотрения качества услуг, получаемых Вами.
- **В целях координации сети организаций для предоставления лечения.** Мы можем воспользоваться и разгласить медицинскую информацию другим организациям, таким как организация комплексных систем предоставления услуг в округе Мэрион (Marion County Integrated Delivery System), Альянс ВИЧ (HIV Alliance), также и сети организаций, помогающих с поведенческим здоровьем (Behavioral Care Network). Мы участвуем в совместной деятельности в здравоохранении, чтобы обеспечить непрерывающиеся услуги для Вас.
- **В целях сотрудничества с внутриштатной сертифицированной скоординированной организацией, помогающей с лечением (In the State Certified Coordinated Care Organization).** Мы можем воспользоваться и разгласить медицинскую информацию организациям, участвующим в системе учреждений, помогающих с лечением в долине Вилламетти (Willamette Valley Community Health - WVCH). Вы можете найти полный список вовлеченных в систему лечения организаций, который вывешивается во всех залах ожидания Департамента.
- **В целях напоминания о визитах и для других уведомлений.** Департамент может позвонить Вам или послать Вам напоминания по почте о предстоящих визитах для получения медицинской помощи или о консультационных визитах с нами. Мы свяжемся с Вами по телефону, указанному Вами, за исключением, если Вы не скажете, чтобы мы звонили бы Вам на другой номер телефона. Вы также можете попросить нас не звонить Вам вообще.
- **В целях проведения мероприятий, связанных с здравоохранением общества, в целом.** Департамент – это агентство, обеспечивающее здравоохранение общества, которое хранит и обновляет записи актов гражданского состояния, такие как рождение, смерть, и некоторую информацию об инфекционных заболеваниях.
- **В целях проведения проверок рабочей деятельности предприятия.** Мы можем использовать или разглашать информацию в ходе проверок или во время исследования нашего сервиса.
- **В целях промоции правоохранительным органам или суду.** Департамент будет использовать и разглашать информацию, когда требуется или разрешено федеральным или государственным законом или по решению суда.

## Департамент здравоохранения округа Мэрион (Marion County Health Department)

- **В целях произведения отчетов о злоупотреблениях и во время расследований.** Мы обязаны по закону получать и сообщать информацию о злоупотреблении и пренебрежении в соответствующие государственные органы. Это может привести к раскрытию информации PHI.
- **В целях помощи государственным программам.** Департамент можем воспользоваться и разгласить информацию для выдачи социальных льгот, в рамках других государственных программ. Например, мы можем передать вашу информацию для проверки на предмет права регистрации на программу питания, такую как ВИК-программа (для женщин, новорожденных, и детей – WIC).
- **В целях помощи следователям, медицинским экспертам и похоронным службам.** Мы можем раскрыть информацию для идентификации умершего человека, и для других видов деятельности, разрешенных законом.
- **В целях избежания вреда и нарушения специальной деятельности правительства.** Департамент может поделиться PHI с правоохранительными органами или правительством США для того, чтобы избежать серьезной угрозы здоровью или безопасности любого человека, общества в целом или для защиты самого президента страны.
- **В целях исследования.** Департамент использует PHI в целях исследования здоровья общества и для рассмотрения некоторых отчетов. Эти исследования и доклады не раскрывают личные данные конкретных людей.
- **В целях сбора средств.** Департамент не будет использовать никакой информации о Вас для сбора средств.
- **В целях ведения каталога в организации.** Департамент не ведет никакого каталога в организации.
- **В целях компенсации во время нетрудоспособности.** Мы можем разгласить вашу медицинскую информацию, соблюдая законы, руководящие вопросы компенсации во время нетрудоспособности или другие аналогичные программы.
- **В целях обмена информацией с семьей, друзьями и другими лицами.** Мы можем передавать медицинскую информацию вашей семьи или другим лицам, определенным Вами для участия в предоставлении Вам лечения в общей медицинской или психической области здоровья. Вы имеете право возражать против распространения подобной информации.

### Другие ситуации, при которых требуется ваше письменное разрешение на пользование и разглашение информации

**Маркетинг.** Мы должны получить ваше разрешение перед использованием информации о вашем здоровье перед отправкой Вам любых материалов рекламного содержания. С другой стороны, мы имеем право предоставить Вам рекламные материалы, встретившись лицом к лицу с Вами, или дать Вам подарок, в размере номинальной стоимости, без вашего на то разрешения. Кроме того, без вашего разрешения, мы можем общаться с Вами о программах или услугах, касающихся вашего лечения, координации лечения и ведения вашего дела, или об альтернативных методах лечения, терапии, поставщиках или организации присмотра.

### Другие законы, защищающие информацию о вашем здоровье

Многие программы Департамента обязаны следовать другим законам, федерального и штатного уровня, на предмет использования и разглашения вашей информации. Для этих шагов требуется ваше разрешение. Например, Вы должны дать нам разрешение в письменной форме для того, чтобы мы имели право поделиться вашими записями о медикаментозном лечении в области психического здоровья и алкогольного или наркотического пристрастия. Категории медицинской информации, которые находятся под специальной защитой конфиденциальности включают, но не ограничиваются следующими категориями: конспекты о лечении психических заболеваний и записи, произведенные во время терапевтических процедур; услуги по лечению от алкогольной и наркотической зависимости; тестирование и услуги, связанные с ВИЧ / СПИД; и тестирование в области генетики.

### Ваши права на соблюдение конфиденциальность в отношении вашей медицинской информации

Как клиент Департамента, у Вас предоставляются следующие права:

- **Право на просмотр и получение копии ваших записей.** В большинстве случаев, у Вас есть право на просмотр или получение копии ваших записей. Вы должны подать запрос в письменной форме. С Вас можете быть потребована плата за стоимость копирования ваших записей.
- **Право затребовать исправления или изменения в записях.** Если Вы думаете, что была произведена ошибка, то Вы можете попросить произвести изменения в информации или добавить недостающую информацию к записям. Вы должны подать запрос в письменной форме и предоставить основание для вашего запроса. Мы можем отказать Вам в запросе. Если мы откажемся следовать вашему запросу, то тогда мы вышлем Вам письмо, в котором будет Вам разъяснено, почему ваш запрос был отклонен, и как Вы можете попросить о пересмотре отказа.
- **Право требовать отчета о всех моментах разглашения.** Вы имеете право попросить Департамент предоставить список ситуаций, когда разглашения нетекущего и текущего порядка были произведены в электронном формате, в течение трех лет до даты запроса. Вы должны подать запрос в письменной форме. Вы можете запросить эту категорию списка только один раз в год.
- **Право требовать ограничения в использовании и разглашении вашей информации.** Вы имеете право запросить Департамент ограничить процесс того, как ваша информация используется или разглашается. Вы должны подать запрос в письменной форме и сообщить нам, какую информацию Вы хотите ограничить и / или к кому Вы хотите эти ограничения

*Департамент здравоохранения округа Мэрион  
(Marion County Health Department)*

применить. Мы не обязаны соглашаться с ограничением. Вы можете запросить, в письменной или устной форме, чтобы это ограничение было бы прекращено.

■ **Право рассмотрения отчетов.** Вы имеете право просить Департамент о рассмотрении отчетов, в которых отображаются определенные лица, кто через электронный вид связи имел доступ и просматривал вашу конфиденциально защищенную медицинскую информацию. Вы должны подать запрос в письменной форме.

■ **Право ограничить использование и раскрытие PHI для Плана страхования здоровья в случаях, когда Вы сами производите оплату за лечение.**

■ **Право аннулировать разрешение.** Если Вас попросят подписать разрешение на использование или разглашение информации, то Вы можете аннулировать это разрешение в любое время. Вы должны подать запрос в письменной форме. Это аннулирование не распространится на данные, которые уже были разглашены. Исключение: клиенты, получающие услуги от алкогольной и наркотической зависимости имеют право отзыва разрешения в устной форме.

■ **Право выбирать методы нашего общения с Вами.** Вы имеете право попросить, чтобы мы делились бы информацией с Вами определенным образом или в определенном месте. Например, Вы можете попросить, чтобы информация отсылалась бы на ваш рабочий адрес, вместо домашнего адреса. Или, Вы можете попросить, чтобы мы позвонили бы Вам по другому номеру телефона. Как правило, Вы должны подать запрос в письменной форме. Вам не нужно объяснять, почему.

■ **Право на подачу жалобы.** Вы имеете право подать жалобу, если Вы не согласны с тем, как Департамент использовал или разгласил информации о вашем здоровье, или, если Вы не согласны с порядком обеспечения конфиденциальности, в целом.

■ **Право на получение или отклонение получения копии этого уведомления в отпечатанном формате.** Вы имеете право, в любое время, попросить копию этого уведомления в отпечатанном формате.

■ **Право на уведомление о нарушении.** Вы имеете право быть уведомленным в случае если мы (или наш деловой партнер) обнаружили нарушение в вопросе доступа к вашей незащищенной медицинской информации.

### **Как связаться с нами для получения дополнительной информацией**

Если у Вас возникли вопросы по данному уведомлению или Вам нужно больше информации о том, как воспользоваться вашими правами, то Вы в любое время можете связаться с поставщиком услуг (Service Provider) или с Сотрудником департамент здравоохранения, ответственного за вопросы о конфиденциальности (Health Department Privacy Officer). Пожалуйста, воспользуйтесь адресом и номером телефона, указанных далее ниже.

<b>Marion County Health Department Privacy Officer</b> 3180 Center Street NE Salem, OR 97301 Номер телефона: 503-588-5357 <a href="http://www.co.marion.or.us/HLT/Pages/hipaa.aspx">http://www.co.marion.or.us/HLT/Pages/hipaa.aspx</a>	<b>Office for Civil Rights – Region X U.S. Department of Health and Human Services</b> 2201 Sixth Avenue – M/S: RX-11 Seattle, WA 98121-1831 Номер телефона: 800-368-1019 • Телетайп: 800-537-7697 • Факсимиль: 206-615-2297 Электронная почта: <a href="mailto:OCRCComplaint@hhs.gov">OCRCComplaint@hhs.gov</a>
---	---

### **Как подать жалобу или сообщить о подозреваемой проблеме**

Вы можете связаться с нами или с Департаментом здравоохранения и социальных служб США (US Department of Health and Human Services - DHHS), как указано это указано, или, если Вы хотите подать жалобу или сообщить о проблеме, с тем, как Департамент использует или передает информацию о Вас. Предоставляемые нами услуги не будут зависеть от каких бы то ни было производимых Вами жалоб. Департамент не имеет право принимать ответные меры против Вас за подачу жалобы, сотрудничество в расследовании или отказ дать согласие на то, что Вы считаете незаконным.

### **Продолжительность действия этого уведомления**

В любое время мы можем изменить условия данного уведомления. Любые изменения будут применены к информации, уже имеющейся у нас, а также к любой информации, которую мы можем получить в будущем. Копия обновленного уведомления будет выставлена на сайте каждого из провайдеров от Департамента здравоохранения и предоставляется, как того требует закон. Вы можете попросить копию действующего уведомления в любое время, когда Вы заходите, от Департамента здравоохранения, или, Вы можете получить копию в интернете по адресу:

<http://www.co.marion.or.us/HLT/Pages/hipaa.aspx>

Дата вступления в силу: 1-ого июня, 2013 года