

СОВМЕСТНОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ  
О МЕРАХ ОБЕСПЕЧЕНИЯ

# конфиденциальности персональных данных



## Медицинский центр

В этом уведомлении поясняется, как медицинский центр “Skagit Regional Health” может использовать и раскрывать ваши медицинские данные, и как вы можете получить доступ к ним. Пожалуйста, внимательно прочитайте это уведомление.

## ВАШИ ПРАВА

У вас есть определенные права. Вы можете:

### Получить свою медицинскую карту в электронном виде или в форме бумажного документа.

- Вы можете обратиться с просьбой предоставить вам возможность просмотреть свою медицинскую карту или другие медицинские данные либо получить эти сведения в электронном виде или в форме бумажного документа. С этой целью вам следует обратиться в наш отдел управления медицинской информацией по тел. 360-814-8462.
- В течение 15 рабочих дней мы предоставим вам ваши медицинские данные в сводной форме. За предоставление этих сведений мы можем взимать обоснованную плату, рассчитанную на основе наших затрат.

### Подать запрос на внесение исправлений в вашу медицинскую карту.

- Вы можете подать нам запрос на внесение исправлений в ваши медицинские данные, которые вы считаете неверными или неполными. С этой целью вам следует обратиться в отдел управления медицинской информацией по тел. 360-814-8462.
- Мы можем отказать вам, но причину отказа сообщим письменно в течение 10 дней.

**ПРОДОЛЖЕНИЕ НА  
СЛЕДУЮЩЕЙ СТРАНИЦЕ**

## **Обратиться с просьбой использовать конфиденциальный способ связи с вами**

- Вы можете обратиться с просьбой связываться с вами определенным образом (например, по служебному или домашнему номеру телефона) или изменить адрес, используемый для переписки с вами.
- Мы удовлетворим все обоснованные просьбы. Помочь вам в этом может любой сотрудник регистратуры.

## **Обратиться с просьбой ограничить сведения, которые мы используем или сообщаем**

- Вы можете обратиться с просьбой не использовать или не сообщать определенные ваши медицинские данные, относящиеся к лечению, оплате или к нашей деятельности. Мы не обязаны удовлетворять такую просьбу, и можем отказать вам, если ограничения, о которых вы просите, могут отрицательно сказаться на вашем лечении, либо если мы не в состоянии удовлетворить ваш запрос. С такой просьбой вам следует обращаться к нашему сотруднику по вопросам защиты конфиденциальной информации по тел. 360-814-6376.
- Если вы оплачиваете услуги или медицинские препараты либо изделия наличными в полной сумме, вы можете обратиться с просьбой, чтобы мы не предоставляли сведения об этом с целью оплаты или в связи с нашим взаимодействием с вашей страховой компанией. Если закон не обязывает нас сообщать эти данные, мы удовлетворим вашу просьбу.

## **Получить список тех, кому мы сообщаем сведения**

- Вы можете запросить перечень (отчет), в котором будет указано, кому, когда и по какой причине мы сообщали ваши медицинские данные за период предыдущих шести лет, считая от даты запроса.
- В отчете мы укажем все сведения, которые раскрыли, за исключением тех, которые относятся к лечению, оплате и мерах здравоохранения, а также некоторые другие раскрытые сведения (в частности, те, которые были раскрыты по вашей просьбе). Один раз в год мы предоставляем такой отчет бесплатно, но за предоставление последующих в течение 12 месяцев взимаем обоснованную плату, рассчитанную на основе наших затрат. Запросить такой отчет вы можете, обратившись в наш отдел управления медицинской информацией по тел. 360-814-8462.

## **Получить экземпляры этого уведомления о мерах обеспечения конфиденциальности персональных данных**

- Вы можете в любое время запросить экземпляры этого уведомления в бумажной форме, даже если вы согласились получить его в электронном виде. Мы незамедлительно предоставим вам экземпляры этого уведомления в бумажной форме.

## **Избрать доверенное лицо, которое будет действовать в ваших интересах**

- Если вы выдали кому-либо медицинскую доверенность, либо у вас есть законный опекун, это лицо может реализовать ваши права и выбирать предпочтительные варианты действий, относящиеся к вашим медицинским данным.
- Перед тем, как совершать любые действия, мы обязательно проверим наличие у такого лица соответствующих полномочий.

## **Подать жалобу в случае, если вы считаете, что ваши права нарушены**

- Если вы посчитаете, что мы нарушили ваши права, вы можете подать жалобу, используя контактные данные, приведенные на оборотной стороне этого уведомления.
- Вы можете подать жалобу в Офис по правам граждан Министерства здравоохранения и социальных служб США, направив ее письмом по адресу: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, обратившись по телефону 1-877-696-6775 или через интернет-сайт **[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)**.
- Мы не будем принимать никаких ответных мер в отношении вас за подачу жалобы.

**ПРОДОЛЖЕНИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЙ СТРАНИЦЕ**

# ВАШИ ПРЕДПОЧТЕНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО ВАРИАНТОВ ДЕЙСТВИЙ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ВАШИМ МЕДИЦИНСКИМ ДАНЫМ

Вы можете сообщить нам предпочтительный для вас вариант действий, относящихся к вашим медицинским данным. Если у вас есть четкое предпочтение относительно того, каким образом мы сообщаем сведения о вас в описанных ниже ситуациях, сообщите нам об этом. Сообщите нам, как вы хотите, чтобы мы поступили, и мы будем действовать в соответствии с вашими указаниями.

## **В этих случаях у вас есть право и возможность указать, каким образом нам следует выполнять указанные ниже действия:**

- Сообщать сведения членам вашей семьи, близким друзьям или иным лицам, принимающим участие в оказании вам медицинской помощи.
- Сообщать сведения при оказании помощи в связи со стихийными бедствиями
- Включать ваши данные в справочник больницы

Если вы не можете сообщить нам, какой вариант вы предпочитаете, например, в случае, когда вы находитесь в бессознательном состоянии, мы можем действовать на свое усмотрение и сообщить сведения о вас, если посчитаем, что это лучше всего соответствует вашим интересам. Мы также можем сообщить сведения о вас, если это необходимо для уменьшения непосредственной серьезной опасности для вашего здоровья или безопасности.

## **В указанных ниже случаях мы сообщаем сведения о вас только при наличии вашего разрешения в письменной форме:**

- Для целей маркетинга
- В случае продажи ваших данных
- В большинстве случаев передачи записей, относящихся к психотерапии

## **В случае целевого сбора средств:**

- Мы можем обратиться к вам в рамках мероприятий по целевому сбору средств, но вы можете указать нам, чтобы мы не обращались по этому поводу в дальнейшем.

# КАК МЫ ИСПОЛЬЗУЕМ И РАСКРЫВАЕМ ДАННЫЕ

## Как мы обычно используем или сообщаем сведения о состоянии вашего здоровья?

Обычно мы используем или сообщаем сведения о состоянии вашего здоровья, как указано ниже.

## В целях вашего лечения

Мы можем использовать сведения о вас для предоставления вам медицинской помощи. Мы можем также раскрывать данные о вашем лечении в случае, когда мы используем органы системы здравоохранения или обмениваемся сведениями с провайдерами медицинских услуг, не входящими в структуру медицинского центра “Skagit Regional Health”. Вы можете отказаться от такого раскрытия информации. В этом случае сведения, передаваемые медицинским центром “Skagit Regional Health”, будут доступны только для провайдеров медицинских услуг, входящих в состав этого медицинского центра. Если вы хотите отказаться от такого раскрытия информации, обратитесь к сотруднику регистратуры или позвоните в отдел управления медицинской информацией по тел. 360.814.8462.

**Пример:** С целью обеспечения вашей безопасности и лечения мы предоставляем доступ другим провайдерам медицинских услуг, входящим в состав медицинского центра Skagit Regional Health, ко всей вашей документации, имеющейся в этом медицинском центре. Кроме того, доступ к этой документации предоставляется также вашим провайдерам медицинских услуг в медицинских центрах “Island

Hospital & Clinics” и “The Everett Clinic”.

С полным перечнем провайдеров медицинских услуг в США и других странах мира, которые подсоединены к нашей системе “Epic Care Everywhere”, вы можете ознакомиться по ссылке [www.epic.com/careeverywhere/](http://www.epic.com/careeverywhere/)

## Для управления практической деятельностью нашей организации

Мы можем использовать и сообщать сведения о состоянии вашего здоровья для практической деятельностью нашей организации, улучшения оказываемой вам медицинской помощи и для связи с вами при необходимости.

**Пример:** Мы используем ваши медицинские данные для управления нашей деятельностью, в частности, для укомплектования персоналом и/или реализации новых услуг.

## Выставление счетов за оказанные вам услуги

Мы можем использовать и сообщать сведения о состоянии вашего здоровья, чтобы выставлять счета и получать оплату от систем страхования здоровья или других организаций.

**Пример:** Мы предоставляем сведения о вас вашему страхователю, чтобы он оплатил оказанные вам услуги.

## Ответы на запросы, касающиеся донорства органов или тканей

- Мы можем сообщать ваши медицинские данные организациям, обеспечивающим поставку донорских органов

ПРОДОЛЖЕНИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЙ СТРАНИЦЕ

## **Взаимодействие с судебно-медицинским экспертом или организатором похорон**

- Мы можем сообщать медицинские данные скончавшегося пациента судебно-медицинскому эксперту или организатору похорон.

## **Взаимодействие в рамках компенсационных страховых выплат работникам, реагирование на запросы правоприменительных и других государственных органов**

Мы можем использовать и сообщать ваши медицинские данные в указанных ниже случаях:

- С целью взаимодействия в рамках требований компенсационных страховых выплат работникам
- С целью правоприменения и взаимодействия с сотрудниками правоприменительных органов
- Сообщать ваши медицинские данные агентствам по надзору за органами здравоохранения с целью проведения разрешенных законом действий
- Сообщать ваши медицинские данные специальным государственным структурам, в частности, органам министерства обороны, службе национальной безопасности и службам охраны президента

## **Реагирование на судебные иски и разбирательства**

- Мы можем сообщать ваши медицинские данные по требованию суда, административного органа или в ответ на полученную повестку о явке в суд.

# НАШИ ОБЯЗАННОСТИ

- В соответствии с законодательством мы обязаны сохранять конфиденциальность и обеспечить неразглашение ваших медицинских данных, подлежащих защите.
- Мы незамедлительно сообщим вам о нарушении, которое может угрожать конфиденциальности или защите ваших данных.
- Мы должны выполнять свои обязанности и действовать в соответствии с мерами обеспечения конфиденциальности персональных данных, описанными в этом уведомлении, а также предоставить экземпляр этого уведомления вам.
- Мы не будем использовать и предоставлять ваши данные никаким иным образом кроме тех, которые описаны в настоящем уведомлении, за исключением случаев, когда на такие действия вы дадите нам письменное

разрешение. Если вы дадите нам такое разрешение, то впоследствии сможете в любое время отменить его. Если вы решите изменить ранее выданное разрешение, сообщите нам об этом в письменной форме.

Дополнительные сведения можно получить по приведенной ниже ссылке: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

## Изменение условий настоящего уведомления

Мы можем изменить условия настоящего уведомления, и эти изменения будут действовать в отношении всех данных о вас, которыми мы располагаем. Новое уведомление можно будет получить по запросу, в нашем офисе и на нашем интернет-сайте.

---

## НАСТОЯЩЕЕ УВЕДОМЛЕНИЕ О МЕРАХ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ОТНОСИТСЯ К ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ НИЖЕ ОРГАНИЗАЦИЯМ:

Все больницы и клиники медицинского центра “Skagit Regional Health”  
Компания “Skagit Digital Imaging, LLC”  
Региональный онкологический центр “Skagit Valley Regional Cancer Care Center”  
Радиологическая клиника “Skagit Radiology”  
Компания “Cascade Imaging Associates, LLC”

Вы можете обратиться к нашему сотруднику по вопросам защиты конфиденциальной информации по номеру телефона 360-814-6376 или по адресу электронной почты [Privacyofficer@skagitregionalhealth.org](mailto:Privacyofficer@skagitregionalhealth.org)

Вы также можете обратиться в Офис по правам граждан Министерства здравоохранения и социальных служб США по адресу:

200 Independence Ave. SW  
Washington, D.C. 20201  
877-696-6775

