



Уведомление о правилах соблюдения конфиденциальности

**Ваша информация.
Ваши права.
Наша ответственность.**

В данном уведомлении описаны правила использования и раскрытия ваших медицинских данных, а также порядок получения вами доступа к ним. Просьба внимательно изучить данный документ.

Ваши права

Вы имеете право:

- получить бумажную или электронную копию своей медицинской карты;
- вносить исправления в свою медицинскую карту в бумажном или электронном виде;
- запросить, чтобы обмен информацией был конфиденциальным;
- попросить нас ограничить данные, которыми мы делимся;
- получить список тех, с кем мы поделились вашими данными;
- получить копию данного уведомления о конфиденциальности;
- выбрать лицо, которое будет действовать от вашего имени;
- подать жалобу, если вы считаете, что ваши права были нарушены.

► **Подробнее об этих правах и о том, как их осуществить, читайте на стр. 2 и 4.**

Ваш выбор

У вас есть выбор относительно того, как мы используем ваши данные и делимся ими, когда мы:

- выясняем, можем ли мы рассказать вашей семье и друзьям о вашем состоянии;
- участвуем в ликвидации последствий стихийных бедствий;
- предоставляем услуги по охране психического здоровья;
- рекламируем наши услуги и продаем ваши данные;
- собираем денежные средства.

► **Подробнее об этих вариантах и о том, как мы их реализуем, читайте на стр. 5.**

Наш порядок использования и раскрытия данных

Мы можем использовать и передавать ваши данные, когда мы:

- лечим вас и управляем нашей организацией;
- выставаем счета за оказанные вам услуги;
- оказываем помощь в вопросах общественного здравоохранения и безопасности;
- проводим исследования;

► **Подробнее об этом читайте на стр. 6.**

- соблюдаем требования закона, судебных исков и тяжб;
- отвечаем на запросы о донорстве органов и тканей;
- работаем с медицинскими экспертами или сотрудниками похоронного бюро;
- рассматриваем вопросы выплаты компенсации работникам в случае получения травмы на производстве и отвечаем на запросы правоохранительных органов и других правительственных учреждений.

Ваши права

У вас есть определенные права относительно распоряжения своими медицинскими данными.

В данном разделе разъясняются ваши права и некоторые из наших обязанностей по оказанию вам помощи.

Слово «мы» в данном уведомлении о правилах соблюдения конфиденциальности относится к Advantis и следующим лицам:

- любому медицинскому работнику, уполномоченному вводить данные в вашу карту;
- любому поставщику медицинских услуг, являющемуся членом персонала Advantis;
- всему штату Advantis, включая сотрудников, персонал, волонтеров и других работников медицинских центров.

Получить электронную или бумажную копию своей медицинской карты

- Вы можете попросить посмотреть или получить электронную или бумажную копию вашей медицинской карты и других имеющихся у нас медицинских данных. Спросите нас, как это сделать.
- Как правило, мы предоставим вам копию или выписку из вашей медицинской карты в течение 30 дней с момента поступления запроса. Мы можем взимать за это умеренную плату по себестоимости.

<p>Попросить нас внести исправления в вашу медицинскую карту</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Вы можете попросить нас исправить ваши медицинские данные, если вы считаете, что они неправильные или неполные. Чтобы узнать, как это сделать, свяжитесь с нами — наша контактная информация указана на последней странице. • Мы можем отказать вам в вашей просьбе, но сообщим вам причину в письменном виде в течение 60 дней.
<p>Запросить, чтобы обмен информацией был конфиденциальным</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Вы можете попросить нас звонить вам определенным образом (например, на домашний или рабочий телефон) или отправлять почту на другой адрес. • Мы дадим положительный ответ на все резонные запросы.
<p>Попросить нас ограничить данные, которыми мы делимся</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Вы можете попросить нас не использовать и не передавать определенные медицинские данные для лечения, оплаты или осуществления нашей деятельности. Мы не обязаны выполнять вашу просьбу и можем отказать, если это будет влиять на ваше обслуживание. • Если вы полностью оплачиваете услуги или предметы медицинского назначения, вы можете попросить нас не передавать эту информацию для целей оплаты или взаимодействия с вашим медицинским страховщиком. Мы дадим положительный ответ, за исключением случаев, когда по закону мы обязаны делиться этой информацией.
<p>Получить список тех, с кем мы поделились вашими данными</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Вы можете попросить список (отчет), в котором указано, когда мы делились вашими медицинскими данными в течение шести лет, предшествующих дате вашего запроса, а также с кем мы делились этой информацией и с какой целью. • Мы перечислим все случаи раскрытия вашей информации за исключением тех, которые относятся к лечению, оплате и здравоохранительной деятельности, а также некоторых других случаев (например, когда вы просили нас раскрыть информацию). Мы будем предоставлять отчетность раз в год бесплатно, но если вы попросите предоставить еще один экземпляр в течение 12 месяцев, мы будем взимать умеренную плату по себестоимости.

<p>Получить копию данного уведомления о конфиденциальности</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Вы можете запросить печатную копию настоящего уведомления, даже если вы согласились получать такие уведомления в электронном виде. Мы безотлагательно предоставим вам бумажную копию.
<p>Выбрать лицо, которое будет действовать от вашего имени</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Если вы оформили на кого-то медицинскую доверенность или если кто-то является вашим законным опекуном, этот человек может реализовывать ваши права и принимать решения в отношении ваших медицинских данных. • Прежде чем мы предпримем какие-либо действия, мы убедимся, что данный человек действительно наделен этими полномочиями и может действовать от вашего имени.
<p>Подать жалобу, если вы считаете, что ваши права были нарушены</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Если вы считаете, что мы нарушили ваши права, вы можете подать жалобу по адресу: Advocates Chief Compliance Officer 1881 Worcester Road Framingham, MA 01701 <p>Вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам при Департаменте здравоохранения и социальных служб США, отправив письмо по адресу: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, позвонив по телефону 1- 877-696-6775 или посетив веб-сайт www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Мы не будем принимать ответные меры против вас за подачу жалобы.

Ваш выбор

В некоторых случаях вы можете сообщить нам, какими медицинскими данными мы можем делиться.

Если у вас есть четкие предпочтения относительно того, как мы передаем вашу информацию в описанных ниже ситуациях, свяжитесь с нами.

Сообщите нам, и мы будем следовать вашим инструкциям.

В этих случаях вы имеете право и свободу выбора распорядиться, чтобы мы:

- делились информацией с вашей семьей, близкими друзьями и другими лицами, участвующими в вашем лечении
- передавали информацию в ситуациях по ликвидации последствий стихийных бедствий.

Если вы не можете сообщить нам свои предпочтения, например, если вы находитесь в бессознательном состоянии, мы можем поделиться вашей информацией, если мы сочтем, что это в ваших интересах. Мы также можем раскрыть вашу информацию, когда это необходимо для уменьшения серьезной и непосредственной угрозы здоровью и безопасности.

В этих случаях без вашего письменного разрешения мы вашу информацию никогда не передаем:

- рекламные цели;
- продажа вашей информации;
- большая часть психотерапевтических записей.

В случае сбора денежных средств:

- мы можем связаться с вами для сбора денежных средств, но вы можете попросить нас больше не делать этого.

Наш порядок использования и раскрытия данных

Как мы обычно используем или передаем ваши медицинские данные?
Обычно мы делаем это следующим образом.

Ваше лечение	Мы можем использовать ваши медицинские данные и делиться ими с другими медработниками, участвующими в вашем лечении.	<i>Пример: врач, лечащий вашу травму, спрашивает другого врача о вашем общем состоянии здоровья.</i>
Управление нашей организацией	Мы можем использовать и передавать ваши медицинские данные, чтобы управлять нашей организацией, улучшать ваше обслуживание и связываться с вами в случае необходимости.	<i>Пример: мы используем ваши медицинские данные для управления вашим лечением и услугами.</i>
Счета за оказанные вам услуги	Мы можем использовать и передавать ваши медицинские данные для выставления счетов и получения платежей от страховых планов или других организаций.	<i>Пример: мы предоставляем информацию о вас вашему плану медицинского страхования для оплаты полученных вами услуг.</i>
Связь с вами	Мы можем использовать ваши медицинские данные, чтобы связаться с вами и предоставить вам информацию о лечении и рекомендации по последующему уходу или информацию о предоставляемых нами услугах.	<i>Пример: мы можем связаться с вами по поводу запланированных или отмененных приемов, регистрации или обновления страховки, выставления счетов или оплаты, предпроцедурной оценки, опросов о качестве обслуживания или результатов анализов.</i>

Как еще мы можем использовать и передавать ваши медицинские данные?

Мы имеем право или обязаны делиться вашими данными и в других случаях — обычно тогда, когда это способствует общественному благу, например, в области здравоохранения и научных исследований. Прежде чем предоставлять ваши данные для этих целей, мы должны выполнить многие условия, предусмотренные законом. Для получения дополнительной информации посетите www.hhs.gov/privacy/understanding/consent/ind.html.

Помощь в вопросах охраны общественного здоровья и безопасности	<p>Мы можем делиться вашими медицинскими данными в определенных ситуациях, таких как:</p> <ul style="list-style-type: none">• профилактика болезней;• помощь в отзыве продукции;• сообщение о побочных реакциях на лекарства;• оповещение о подозрении на жестокое обращение, отсутствие должного ухода или домашнее насилие;• предотвращение или уменьшение серьезной угрозы здоровью или безопасности кого-либо.
Проведение исследований	<p>Мы можем использовать или предоставлять ваши данные для исследований в области здравоохранения. В большинстве случаев сначала данные обезличиваются; если это невозможно, то они будут передаваться только с вашего информированного согласия.</p>
Соблюдение закона	<p>Мы предоставим информацию о вас, если этого требуют федеральные законы или законы штата, в том числе если Департамент здравоохранения и социальных служб захочет удостовериться, что мы соблюдаем федеральный закон о конфиденциальности.</p>
Ответы на запросы о донорстве органов и тканей	<p>Мы можем поделиться информацией о вашем здоровье с организациями по закупке донорских органов.</p>
Работа с медицинскими экспертами или сотрудниками похоронного бюро	<p>Когда человек умирает, мы можем поделиться медицинскими данными с коронером, судебно-медицинским экспертом или сотрудником похоронного бюро.</p>
Рассмотрение вопросов выплаты компенсации работникам в случае получения травмы на	<p>Мы можем использовать или предоставлять ваши медицинские данные:</p> <ul style="list-style-type: none">• для выплаты компенсации в случае производственной травмы;

<p>производстве; ответы на запросы правоохранительных органов и других правительственных учреждений</p>	<ul style="list-style-type: none"> • для правоохранительных целей или сотруднику правоохранительных органов; • учреждениям надзора за здравоохранением для проведения мероприятий, предусмотренных законом; • для специальных функций органов власти, таких как военная служба, национальные службы безопасности и охрана президента.
<p>Реагирование на судебные иски и процессуальные действия.</p>	<p>Мы можем передавать ваши медицинские данные в ответ на судебное или административное постановление, а также в ответ на повестку в суд (за исключением случаев, когда действуют более строгие стандарты штата, препятствующие такому раскрытию информации).</p>

Как правило, мы запрашиваем ваше письменное согласие или постановление судьи, прежде чем мы предоставлять определенную конфиденциальную информацию о вас, например:

- данные об употреблении алкоголя и психоактивных веществ. Обратите внимание, что федеральные законы и нормативные акты защищают конфиденциальность истории болезни пациентов с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ. Краткое изложение федерального закона и нормативных актов приведено на стр. 15 настоящего уведомления. Мы рекомендуем вам внимательно изучить его.
- информацию, связанную со СПИДом, СПИД-ассоциированным комплексом (ARC) или ВИЧ, включая, помимо прочего, статус или результаты тестирования, независимо от того, являются ли эти результаты положительными или отрицательными;
- данные о заболеваниях, передающихся половым путем;
- результаты генетического тестирования;
- информацию о предоставлении согласия на аборт;
- информацию о факте предоставления консультации жертве насилия в семье или жертве сексуального насилия;
- некоторую психотерапевтическую документацию;
- переписку с поставщиками услуг по охране психического здоровья и социальными работниками.

Наши обязанности

- В соответствии с законом мы обязаны обеспечивать конфиденциальность и безопасность вашей охраняемой законом информации о состоянии здоровья.
- Мы незамедлительно оповестим вас в случае нарушения безопасности данных, которое может ставить под угрозу конфиденциальность ваших данных или их защиту от несанкционированного использования.
- Мы должны соблюдать обязанности и правила соблюдения конфиденциальности, описанные в этом уведомлении, и предоставить вам копию данного документа.
- Мы не будем использовать или передавать ваши данные за исключением случаев, описанных здесь, или с вашего письменного разрешения. Если вы дадите нам разрешение, вы можете впоследствии отменить его в любое время. Сообщите нам в письменной форме, что вы передумали.

Для получения подробной информации посетите

www.hhs.gov/ov/ovr/ovriv/hi/undrstnding/sumrs/noti.html.

Как долго мы храним ваши данные?

Медицинские данные регистрируются на бумаге, в электронном виде или в виде фотоматериалов и хранятся в течение 20 лет после выписки или окончания лечения. Другие данные хранятся в соответствии с законами штата и федеральными законами и нормативными актами. Копия нашего руководства по хранению медицинских данных предоставляется по требованию.

Изменения условий данного уведомления

Мы можем изменить условия данного уведомления, и эти изменения будут касаться всей информации, которую мы имеем о вас. Новая версия уведомления будет доступна в нашем офисе и на нашем веб-сайте и будет предоставляться по требованию.

Жалобы

Если вы считаете, что ваши права на конфиденциальность информации были нарушены, вы можете подать жалобу нам или секретарю Департамента здравоохранения и социальных служб США. Чтобы подать жалобу нам, свяжитесь с нашим сотрудником по рассмотрению жалоб по адресу: **Complaint Office**, 1881 Worcester Road, Framingham, MA 01701 или CCO@Advocates.org. Все жалобы должны подаваться в письменной форме. Если вам нужна помощь, наш сотрудник по вопросам конфиденциальности, с которым можно связаться по телефону 877 296-5432, поможет вам написать жалобу. Мы не будем принимать ответные меры против вас за подачу жалобы.

Как связаться с нами

Если у вас есть вопросы по поводу данного уведомления о правилах соблюдения конфиденциальности, обратитесь по адресу:

Advocates Chief Compliance Officer

Телефон: 877-296-5432

Эл. почта: CCO@Advocates.org

Для получения медицинской документации обратитесь по адресу:

Records Center

1881 Worcester Road

Framingham, MA 01701

Телефон: 508-628-6300

Эл. почта: RecordsCenter@Advocates.org

*Дата вступления в силу настоящего уведомления — 21 февраля
2024 г.*

Конфиденциальность данных о лечении от употребления психоактивных веществ

Ваши права и ваш выбор. Конфиденциальность хранящейся у нас документации пациентов, проходящих лечение от наркомании, защищена федеральным законодательством и нормативными актами. 42 U.S.C. § 290dd-2, 42 U.S.C. 290dd-3, and 42 C.F.R. Part 2 (Part 2). Part 2 предусматривает более строгие федеральные меры защиты, чем другие законы о конфиденциальности медицинской информации, и, за некоторыми исключениями, требует согласия пациента на раскрытие защищенной медицинской информации даже в целях лечения, оплаты и осуществления здравоохранительной деятельности. Каждый факт передачи информации с вашего письменного согласия будет включать уведомление получателя о том, что любое дальнейшее раскрытие информации запрещено, за исключением случаев, когда это прямо разрешено вашим письменным согласием или иным образом в Part 2. Если вы хотите разрешить нам передавать вашу конфиденциальную информацию другим поставщикам или сторонним организациям в целях координации медицинской помощи, вы можете подписать форму согласия, в которой будет указано, кому мы можем ее передавать.

Разрешенные виды использования и раскрытия информации. Обратите внимание, что федеральный закон позволяет нам раскрывать ваши сведения о лечении наркомании без вашего письменного разрешения в следующих ситуациях:

- в соответствии с соглашением с квалифицированной сервисной организацией / деловым партнером;
- квалифицированному персоналу для проведения исследований;
- в целях аудита или оценки программ;
- для сообщения о преступлении, либо в рамках программы Part 2 Advocates, либо против какого-либо сотрудника Advocates, который работает в одной из наших программ Part 2 по борьбе с наркоманией и алкоголизмом;
- медицинскому персоналу в экстренной медицинской ситуации;
- соответствующим государственным или местным органам власти, чтобы сообщить о подозрении на жестокое обращение с детьми или отсутствие должного ухода за детьми;
- по постановлению суда.

При возникновении кризисной ситуации конфиденциальность может быть нарушена в целях обеспечения вашей безопасности. В каждом конкретном случае информация может быть раскрыта только в той мере, в какой это необходимо.

Важно отметить, что время от времени вы можете видеть сотрудников программы AdvocaTics по борьбе с наркоманией или алкоголизмом (сотрудников Part 2) на публике. Сотрудники программы Part 2 не будут подходить к вам в общественном месте. Однако, если вы видите сотрудника программы Part 2 в публичной обстановке и хотите поговорить с ним, вы можете обратиться к нему, рискуя нарушить анонимность программы.

Сообщение о нарушениях. Просьба иметь в виду, что нарушение федерального закона и положений Part 2 является преступлением, и о предполагаемых нарушениях можно сообщить описанным ниже образом.

О любом нарушении Part 2 можно сообщить:

- на анонимную горячую линию AdvocaTics по вопросам соблюдения нормативных требований: (877) 296-5432;
- сотрудники AdvocaTics по защите персональных данных:
privacynr@advocatics.org
- прокурору Соединенных Штатов,
United States Attorney's Office
John Joseph Mookl U.S. Courthouse
One Courthouse Way, Suite 9200
Boston, MA 02210
ATTN: Duty Program.
- в Управление службы лечения наркотической зависимости и психических расстройств (SAMHSA), ответственное за надзор за программами лечения от опиоидной зависимости, по адресу: SAMHSA Opioid Treatment Program
Compliance Officer
обратитесь в Центр SAMHSA по лечению злоупотребления психоактивными веществами (CSAT) по телефону **866-UP-CSAT** (866-287-2728) или infoburdenr@samhsa.hhs.gov.

Подтверждение уведомления о правилах соблюдения конфиденциальности

Подписываясь ниже, я, (*имя обслуживаемого лица*) _____, подтверждаю, что мною получена копия (*название организации*) _____ «Уведомления о правилах соблюдения конфиденциальности», действующего в настоящее время. Я прочитал(а) и понимаю условия настоящего уведомления, и у меня была возможность задать вопросы об использовании и раскрытии моих медицинских данных.

Подпись обслуживаемого лица / личного представителя (если применимо)

Дата

Имя и фамилия личного представителя (печатными буквами)

Кем приходится обслуживаемому лицу

ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

Уведомление о правилах соблюдения конфиденциальности предоставлено физическому лицу (*дата*) _____ :

- при личной встрече
- почтовым отправлением
- по эл. почте
- другое: _____

Невозможно получить письменное согласие и подтверждение, поскольку:

- обслуживаемое лицо / юридический представитель отказались от подписи
- есть подтверждение получения по электронной почте
- другое: _____

Имя и должность сотрудника: _____

Подпись сотрудника: _____

Дата: _____

Форма файла в реестре