



ADAMS COUNTY HEALTH DEPARTMENT

Together for a Healthier Adams County

ОКРУГ АДАМС
УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Вместе за здоровье округа Адамс

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ

Ваша информация. Ваши права. Наши обязанности.

Управление здравоохранения округа Адамс (Adams County Health Department, ACHD) принимает во внимание личный и конфиденциальный характер Вашей медицинской информации. Данное уведомление распространяется на все виды защищаемой законом медицинской информации (protected health information, PHI), которая была создана или хранится в ACHD. В соответствии с Законом об ответственности и переносе данных о страховании здоровья граждан (Health Insurance Portability & Accountability Act, HIPAA) данное уведомление поясняет, как Ваша медицинская информация может использоваться и раскрываться, а также как Вы можете получить доступ к этой информации. **Просим Вас внимательно с ним ознакомиться.**

Ваши права

У Вас есть следующие права:

- получить бумажную или электронную копию информации о состоянии Вашего здоровья;
- внести исправления в бумажную или электронную копию информации о состоянии Вашего здоровья;
- попросить о конфиденциальном обмене информацией;
- попросить нас ограничить некоторую информацию, которой мы делимся;
- получить перечень лиц, которым мы передали Вашу информацию;
- получить копию данного уведомления о порядке использования конфиденциальной информации;
- выбрать лицо, которое будет действовать от Вашего имени;
- подать жалобу, если Вы считаете, что Ваши права на конфиденциальность информации были нарушены.

Ваш выбор

Вы можете выбрать из нескольких вариантов того, как мы используем Вашу информацию и кому мы ее передаем. Вы можете попросить нас:

- предоставлять информацию Вашей семье и друзьям, участвующим в Вашем лечении, или ограничить ее;
- передавать информацию в случае возникновения стихийных бедствий и чрезвычайных ситуаций или ограничить ее;
- разрешить или запретить использование Вашей информации в целях рекламы наших услуг.

Использование и раскрытие информации

Мы можем использовать Вашу информацию и предоставлять ее другим лицам, чтобы:

- оказывать Вам медицинскую помощь;
- управлять нашей организацией;
- выставлять счета за оказанные Вам услуги;
- помогать в вопросах, связанных с охраной общественного здоровья и безопасности;
- соблюдать требования законодательства;
- взаимодействовать с коронером, судебно-медицинским экспертом или сотрудником похоронного бюро;
- рассматривать вопросы, связанные с выплатой компенсаций в случае производственной травмы, и отвечать на запросы правоохранительных органов и других государственных учреждений;
- отвечать на запросы, связанные с судебными исками и исковыми требованиями.

Ваши права

Когда речь идет о Вашей медицинской информации, у Вас есть определенные права. В настоящем разделе объясняются Ваши права и некоторые из наших обязанностей по оказанию помощи.

Получение электронной или бумажной копии информации о состоянии Вашего здоровья

- Вы можете попросить показать или предоставить Вам электронную или бумажную копию информации о состоянии Вашего здоровья и другой медицинской информации о Вас, которой мы располагаем.
- Мы предоставим копию Вашей медицинской информации или выписку из нее, как правило, в течение 30 дней после Вашего запроса. Мы можем взимать разумную, соразмерную затратам плату.

Обращение о внесении исправлений в информацию о состоянии Вашего здоровья

- Вы можете попросить нас исправить Вашу медицинскую информацию, которую считаете неверной или неполной.
- Мы можем Вам отказать, но объясним причину письменно в течение 60 дней.

Обращение о конфиденциальном обмене информацией

- Вы можете попросить нас связываться с Вами определенным способом (например, по домашнему или мобильному телефону, с помощью текстовых сообщений, электронной почты и т. д.) или отправлять почту на другой адрес.
- Мы удовлетворим все разумные просьбы.

Обращение об ограничении использования или передачи информации

- Вы можете попросить нас не использовать и не передавать определенную медицинскую информацию о лечении, оплате или нашей деятельности. Мы не обязаны соглашаться с Вашим требованием и можем отказать, если это повлияет на Ваше лечение.
- Если Вы полностью оплачиваете услугу или медицинский товар из собственных средств, Вы можете попросить нас не передавать эту информацию Вашей медицинской страховой компании в целях

оплаты или нашей деятельности. Мы удовлетворим эту просьбу, если только закон не обязывает нас передавать эту информацию.

Получение перечня лиц, которым мы передали Вашу информацию

- Вы можете запросить список (отчет), содержащий все случаи передачи Вашей медицинской информации за шесть лет с даты Вашего запроса, кому мы передавали эту информацию и почему.
- Мы включим в него все случаи раскрытия информации, за исключением тех, которые касаются лечения, оплаты, деятельности департамента здравоохранения и некоторых других случаев (например, тех, о которых Вы нас просили). Мы предоставим один отчет в год бесплатно, но возьмем разумную, соразмерную затратам плату, если Вы запросите еще один отчет в течение 12 месяцев.

Получение копии данного уведомления о порядке использования конфиденциальной информации

Вы можете запросить бумажную копию этого уведомления в любое время, даже если Вы согласились на получение уведомления в электронном виде. Мы немедленно предоставим Вам бумажную копию.

Назначение лица, которое будет действовать от Вашего имени

- Если Вы предоставили кому-либо медицинскую доверенность или если кто-либо является Вашим законным опекуном, этот человек может осуществлять Ваши права и принимать решения относительно Вашей медицинской информации.
- Прежде чем предпринять какие-либо действия, мы убедимся, что это лицо имеет такие полномочия и может действовать от Вашего имени.

Подача жалобы, если Вы считаете, что нарушены Ваши права

- Если Вы считаете, что мы нарушили Ваши права, можете подать жалобу, связавшись с сотрудником АЧД, ответственным за конфиденциальность, используя контактную информацию на странице 5 настоящего уведомления.
- Вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights), отправив письмо по адресу 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, позвонив по номеру 1.877.696.6775 или через веб-сайт www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- Мы не будем применять к Вам каких-либо ответных мер за подачу жалобы.

Ваш выбор

В отношении определенной медицинской информации Вы можете выбрать и сообщить нам, что мы можем передавать. Если у Вас есть четкие предпочтения относительно того, как мы можем передавать Вашу медицинскую информацию в ситуациях, описанных ниже, сообщите нам о своих пожеланиях, и мы будем следовать Вашим указаниям.

В этих случаях у Вас есть право и возможность сообщить нам о следующем:

- передавать или ограничивать информацию, предоставляемую Вашей семье, близким друзьям или другим лицам, участвующим в Вашем лечении;

- передавать или ограничивать информацию, предоставляемую в случае стихийного бедствия или чрезвычайной ситуации.

Если Вы не можете сообщить нам свои предпочтения, мы можем самостоятельно принимать решения и передавать Вашу информацию, если считаем, что это в Ваших интересах. Мы также можем передавать Вашу информацию, когда это необходимо для уменьшения серьезной и неминуемой угрозы здоровью или безопасности.

В следующих случаях мы никогда не передаем Вашу информацию, если Вы не дадите нам письменного разрешения:

- в маркетинговых целях;
- для продажи Вашей информации;
- для передачи записей о психотерапии или злоупотреблении психоактивными веществами, за исключением разрешенных случаев раскрытия информации, упомянутых выше.

Использование и раскрытие информации

Как мы обычно используем или передаем Вашу медицинскую информацию?

Обычно мы используем или передаем Вашу медицинскую информацию следующими способами.

Ваше лечение («Лечение»)

Мы можем использовать Вашу медицинскую информацию, чтобы напоминать Вам о предстоящих приемах, и передавать ее Вашему врачу, другим специалистам, органам или нашим деловым партнерам, которые имеют отношение к Вам. Мы также можем передавать Вашу информацию для направления Вас в другие программы или службы АСНД. *Например, наша медсестра спрашивает Вашего врача о состоянии Вашего здоровья, или мы сотрудничаем с другими поставщиками медицинских услуг, чтобы координировать Ваше лечение.*

Деятельность Департамента здравоохранения

Мы можем использовать и передавать Вашу медицинскую информацию для оценки нашей работы, улучшения Вашего лечения и связи с Вами в случае необходимости. *Например, мы используем Вашу медицинскую информацию, чтобы помочь управлять Вашим лечением и услугами.*

Выставление счетов за оказанные Вам услуги («Оплата»)

Мы можем использовать и передавать Вашу медицинскую информацию для выставления счетов и получения оплаты от медицинских страховых компаний (например, Medicaid) или других организаций. *Например, мы отправляем Вашу медицинскую информацию в Medicaid, чтобы нам могли возместить расходы за предоставленные Вам услуги.*

Как еще мы можем использовать или передавать Вашу медицинскую информацию?

Мы имеем право или обязаны передавать Вашу информацию другими способами без Вашего письменного разрешения – обычно ради общественного блага. Прежде чем передавать Вашу

информацию для этих целей, мы должны выполнить ряд условий, предусмотренных законом. Примеры включают:

Помощь в решении вопросов общественного здравоохранения и безопасности

Мы можем передавать медицинскую информацию о Вас в определенных ситуациях, таких как:

- профилактика или контроль заболеваний, травм или инвалидности, включая расследования в области общественного здравоохранения, связанные с заболеваниями, передаваемыми через пищу, или со вспышками инфекционных заболеваний;
- помощь в отзыве продуктов;
- сообщение о побочных реакциях на лекарства;
- сообщение о подозрениях на жестокое обращение, пренебрежение обязанностями или насилие в семье;
- предотвращение или уменьшение серьезной угрозы здоровью или безопасности кого-либо.

Обмен данными или участие в обмене медицинской информацией (HIE)

Мы можем использовать или передавать Вашу информацию в связи с нашим участием в обмене данными и медицинской информацией (health information exchange, HIE). Пример: участники АСНД в Региональной организации здравоохранения Колорадо (*Colorado Regional Health Information Organization, CORHIO*) для обмена и координации медицинских услуг с другими поставщиками медицинских услуг.

Соблюдение требований законодательства

Мы будем передавать информацию о Вас, если этого требуют законы штата или федеральные законы, в том числе государственным и федеральным органам, чтобы подтвердить, что мы соблюдаем законы штата и федеральные законы о конфиденциальности. Закон штата Колорадо требует от сотрудников АСНД сообщать о любых известных или предполагаемых случаях жестокого обращения с детьми или пренебрежения обязанностями, ненадлежащего обращения или непосредственной угрозы ненадлежащего обращения с находящимися в группе риска пожилыми людьми или взрослыми с нарушениями интеллекта и развития, а также о других травмах, которые могут быть связаны с преступными действиями, включая насилие в семье. Мы будем передавать информацию о Вас, если обнаружится или предполагается наличие такого насилия, пренебрежения обязанностями, жестокого обращения или травм.

Взаимодействие с коронером, судебно-медицинским экспертом или сотрудником похоронного бюро

Мы можем передавать медицинскую информацию коронеру, медицинскому эксперту или сотруднику похоронного бюро в случае смерти человека.

Выполнение требований запросов по выплате компенсаций в случае производственной травмы, от правоохранительных органов и других государственных учреждений

Мы можем использовать или передавать медицинскую информацию о Вас:

- для требований о выплате компенсаций в случае производственной травмы;
- в целях обеспечения правопорядка или по решению суда, а также должностным лицам правоохранительных органов или суда;
- органам надзора в сфере здравоохранения для действий, разрешенных законом;

- для специальных государственных функций, таких как военное дело, национальная безопасность и службы по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям.

Законопроект Сената штата Колорадо № 25-276 («Защита гражданских прав иммигрантов», Protect Civil Rights Immigration Status)

ACHD не будет раскрывать защищенную информацию и не будет допускать сотрудников федеральных иммиграционных служб в закрытые зоны объектов ACHD без действительной, подписанной федеральной повестки, приказа или ордера за подписью федерального судьи или судьи-магистрата. Если запрашивается или раскрывается информация о каком-либо лице, Окружная прокуратура уведомит субъекта запроса (или его законного опекуна), если это разрешено законом. Уведомление может быть отложено, если это может помешать расследованию или затруднит его.

Ответ на запросы по судебным искам и исковым требованиям

Мы можем раскрыть медицинскую информацию о Вас в ответ на судебный или административный приказ или в ответ на судебную повестку.

Наши обязанности

- По закону мы обязаны сохранять конфиденциальность и безопасность Вашей защищенной медицинской информации.
- Мы немедленно сообщим Вам, если произойдет нарушение, которое поставит под угрозу конфиденциальность или безопасность Вашей защищенной медицинской информации.
- Мы должны выполнять обязанности и соблюдать правила конфиденциальности, описанные в данном уведомлении, и предоставить Вам его копию.
- Мы не будем использовать или передавать Вашу информацию иным образом, кроме описанного в настоящем уведомлении или письменно разрешенного Вами.
- Все случаи раскрытия защищенной медицинской информации включают минимальный объем информации, необходимый для достижения цели, для которой раскрывается информация.
- Если Вы даете нам разрешение на использование или раскрытие медицинской информации о Вас, Вы в любое время можете отзвать это разрешение в письменной форме. Если Вы отзовете свое разрешение, мы больше не будем использовать или раскрывать медицинскую информацию о Вас по причинам, указанным в Вашем письменном разрешении. Мы не можем отзоваться раскрытие информации, которое уже было осуществлено с Вашего разрешения, и мы обязаны хранить записи о медицинской помощи, которую мы Вам оказали.

Для получения дополнительной информации см.:
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Изменения условий настоящего уведомления

Нам может потребоваться изменить условия настоящего уведомления, и любые такие изменения будут применяться ко всей защищенной медицинской информации о Вас, которой мы уже располагаем. В этом случае новое уведомление будет размещено в наших офисах и на нашем веб-сайте <https://adamscountyhealthdepartment.org/notice-privacy-practices>. Бумажные копии всегда доступны по запросу.

ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ: 17 ноября 2024 года

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Adams County Health Department

Attn: HIPAA Privacy Officer

4430 S. Adams County Pkwy.

Brighton, CO 80601

Телефон: 303-220-9200

Email: publichealthhipaa@adcogov.org