

Уведомление о правилах конфиденциальности

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ИНФОРМАЦИИ О ПАЦИЕНТЕ — НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ

THE OREGON CLINIC, P.C.

Administrative Office 541 NE 20th Ave, Suite 225, Portland, Oregon 97232

Oregonclinic.com

Адрес электронной почты специалиста по вопросам конфиденциальности: compliance@orclinic.com

В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАНО, КАКИМ ОБРАЗОМ МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ВАС МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА И ПЕРЕДАНА ТРЕТЬИМ ЛИЦАМ И КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К НЕЙ. ПОЖАЛУЙСТА, ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ЭТИМ УВЕДОМЛЕНИЕМ.

Если у вас возникли вопросы относительно данного уведомления, пожалуйста, свяжитесь с нашим специалистом по вопросам конфиденциальности по номеру 503-935-8000, по электронной почте (compliance@orclinic.com) или по почте по указанному выше адресу.

Настоящая Политика была обновлена и вступила в силу 31 января 2025 г.

Кто будет следовать правилам, изложенным в этом уведомлении

Данное уведомление описывает методы обеспечения конфиденциальности, которым следуют сотрудники и поставщики медицинских услуг клиники The Oregon Clinic.

Ваша защищенная медицинская информация

Данное уведомление касается имеющихся у нас информации и записей о состоянии вашего здоровья и медицинских услугах, получаемых вами в нашем учреждении. Ваши медицинские записи могут включать информацию, созданную и полученную нашим учреждением; эта информация может быть в виде письменных или электронных записей, а также в форме устных высказываний. Ваши записи могут включать информацию о вашем анамнезе и состоянии здоровья, симптомах, обследованиях, предписанных анализах, результатах анализов, лечении, процедурах, диагнозах, лекарствах, о действиях по выставлению соответствующих счетов и другую подобную информацию, связанную со здоровьем.

Закон требует от нас сохранения конфиденциальности защищенной медицинской информации (protected health information, PHI), предоставления вам этого уведомления, а также оповещения затронутых лиц после утечки (или непреднамеренного раскрытия) незашифрованной защищенной медицинской информации. В нем поясняется, каким образом мы можем использовать и раскрывать защищенную медицинскую информацию о вас, и описываются ваши права и наши обязанности в отношении использования и раскрытия такой информации.

Способы использования и раскрытия защищенной медицинской информации о вас

Мы можем использовать и раскрывать защищенную медицинскую информацию для целей, указанных далее.

Для лечения. Мы можем использовать защищенную медицинскую информацию о вас для предоставления вам лечения или медицинских услуг. Мы можем раскрывать защищенную медицинскую информацию о вас врачам, медсестрам, техникам, фармацевтам, персоналу учреждения или другому персоналу, который занимается вашим лечением и здоровьем.

Например, если врач лечит у вас сердечные заболевания, возможно, ему понадобится информация о том, есть ли у вас другие проблемы со здоровьем, которые могут усложнить лечение. Врач может просмотреть ваш анамнез, чтобы решить, какое лечение лучше всего подходит для вас. Врач также может сообщить о вашем состоянии другому врачу, чтобы назначить наиболее подходящее лечение.

Персонал нашего учреждения может раскрывать информацию о вас людям, которые не работают в нем, для координации вашего медицинского обслуживания (например, чтобы позвонить в вашу аптеку и передать ей рецепт, назначить лабораторные анализы или прохождение рентгена). Члены семьи и другие поставщики медицинских услуг могут участвовать в вашем медицинском обслуживании за пределами данного учреждения и затребовать информацию о вас.

Для оплаты. Мы можем использовать и раскрывать защищенную медицинскую информацию о вас, чтобы выставить счет за лечение и услуги, которые вы получаете от нас, и получить оплату от вас, страховой компании или третьей стороны.

Например, нам может потребоваться сообщить вашей страховой компании о предлагаемом лечении, чтобы получить предварительное одобрение или определить, будет ли оплачиваться лечение в рамках вашего плана.

Для деятельности в области здравоохранения. Мы можем использовать и разглашать защищенную медицинскую информацию о вас, чтобы обеспечить вас и наших других пациентов качественным обслуживанием.

Например, мы можем использовать вашу защищенную медицинскую информацию для оценки эффективности работы нашего персонала, который обслуживает вас. Мы также можем использовать защищенную медицинскую информацию обо всех или о некоторых из наших пациентов, чтобы решить, какие дополнительные услуги следует предлагать, как мы можем повысить эффективность либо являются ли эффективными те или иные новые методы лечения или лекарства.

Мы также можем раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию планам медицинского страхования, которые предоставляют вам страховое покрытие, и другим поставщикам, обслуживающим вас. Раскрытие вашей защищенной медицинской информации вашему плану медицинского страхования и другим поставщикам может быть использовано для улучшения медицинского обслуживания, снижения стоимости, координации услуг и обеспечения соблюдения закона.

Для информирования об альтернативных вариантах лечения. Мы можем сообщать вам о возможных вариантах лечения или альтернативах, которые могут быть вам доступны, либо же рекомендовать их.

Для информирования о товарах и услугах, связанных со здоровьем. Мы можем сообщать вам о товарах или услугах, связанных со здоровьем, которые могут вас заинтересовать. Пожалуйста, сообщите нам, если вы не желаете получать напоминания о приемах или информацию о возможных альтернативных вариантах лечения, а также о товарах и услугах, связанных со здоровьем. Отправьте свой письменный запрос специалисту по вопросам конфиденциальности по адресу, указанному в данном уведомлении.

Другие виды использования и раскрытия информации

Мы можем делиться вашей информацией и другими способами. Обычно это делается в интересах общественного здравоохранения, для научных исследований либо для вклада в общественное благо. Для получения дополнительной информации о допустимых способах использования и раскрытия информации посетите эту страницу: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Например, мы можем использовать или раскрывать защищенную медицинскую информацию о вас для целей, указанных ниже, с соблюдением всех применимых законодательных требований и ограничений.

- **Предупреждения серьезной угрозы здоровью или безопасности.** Мы можем при необходимости использовать и раскрывать защищенную медицинскую информацию о вас для предотвращения серьезной угрозы вашему здоровью и безопасности либо здоровью и безопасности населения или иного лица.
- **Требования законодательства.** Мы раскрываем защищенную медицинскую информацию о вас, когда это требуется в соответствии с федеральным или местным законодательством.
- **Исследования.** Мы можем использовать и раскрывать защищенную медицинскую информацию о вас для некоторых видов медицинских исследований, которые не требуют вашего разрешения, например, если институциональный наблюдательный совет (institutional review board, IRB) отказался от требования о письменном разрешении. Во всех других случаях мы будем запрашивать у вас разрешение, если исследователю будет предоставлен доступ к вашему имени, адресу или информации, определяющей, кто вы, либо если исследователь будет участвовать в вашем лечении в нашем учреждении.
- **Донорство органов и тканей.** Мы можем передавать вашу защищенную медицинскую информацию организациям, которые занимаются получением органов, пересадкой глаз или тканей, или в банк донорских органов, если это необходимо для реализации разрешенного вами донорства или же пересадки вам органов.
- **Военные, ветераны, национальная безопасность и разведка.** Если вы являетесь или были членом вооруженных сил либо входите/входили в состав органов национальной безопасности или разведки, мы можем использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию в порядке, требуемом военным командованием или другими правительственными органами. Мы также можем передавать информацию об иностранных военнослужащих соответствующему иностранному военному органу.

- **Компенсация работникам.** Мы можем использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию для подачи требований о возмещении убытков работникам или для аналогичных программ. Эти программы предоставляют льготы в случае травм или заболеваний, связанных с работой.
- **Риски для общественного здоровья.** Мы можем использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию в целях общественного здравоохранения: чтобы предотвратить либо контролировать заболевания, травмы или инвалидность; для регистрации рождений и смертей; для сообщения о предполагаемом злоупотреблении или невыполнении обязанностей, а также о неслучайных физических повреждениях или травмах; для сообщения о реакциях на лекарственные препараты или о проблемах, связанных с продуктами.
- **Действия по надзору в области здравоохранения.** Мы можем использовать и раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию агентству по надзору в области здравоохранения для проведения аудитов, расследований, инспекций или лицензирования. Эти раскрытия информации могут быть необходимы для некоторых государственных и федеральных учреждений и позволять им осуществлять контроль за системой здравоохранения, правительственными программами и соблюдением законов о гражданских правах.

Документация, относящаяся к охране репродуктивного здоровья. Федеральные законы и нормативные акты запрещают нам разглашать информацию, связанную с репродуктивным здоровьем, если ее будут использовать с целью идентификации личности любого лица, получения информации о нем либо наложения ответственности на него за простое обращение за такой помощью или ее получение. Если запрашиваемая у нас информация связана с оказанными нами услугами, которые считаются относящимися к области репродуктивного здоровья в соответствии с законом, мы не можем предоставить ее без подписанного заверения от запрашивающей стороны. Подписанное заверение гласит, что запрашивающая сторона не будет использовать или раскрывать вашу информацию для идентификации вашей личности, получения информации о вас либо наложения на вас ответственности за простое обращение за помощью в области репродуктивного здоровья или ее получение.

- **Примеры услуг в области репродуктивного здоровья** (список не исчерпывающий): контрацепция (включая экстренные противозачаточные средства); медицинское обслуживание, связанное с беременностью, включая послеродовые терапии; диагностика и лечение бесплодия, в том числе *экстракорпоральное* оплодотворение (ЭКО); лечение менопаузы; другие типы медицинских услуг, связанных с репродуктивной системой, такие как маммограммы, мазок Папаниколау.
- **Мы не будем предоставлять какую-либо информацию, связанную с репродуктивным здоровьем, без подписанного заверения при запросах указанных ниже типов.**
- **Судебные разбирательства и споры.** Если вы участвуете в судебном разбирательстве или споре, мы можем раскрыть защищенную медицинскую информацию о вас по постановлению суда или в ответ на административный приказ при условии соблюдения всех применимых правовых требований, в том числе наличия подписанного заверения. Мы также можем раскрыть защищенную медицинскую информацию о вас в ответ на повестку в суд при условии соблюдения всех применимых правовых требований, в том числе наличия подписанного заверения.

- **Правоохранительные органы.** Мы можем предоставлять защищенную медицинскую информацию по запросу представителя правоохранительных органов в ответ на постановление суда, повестку, ордер, вызов в суд или аналогичный процесс при условии соблюдения всех применимых правовых требований, в том числе наличия подписанного заверения.
- **Коронеры, судмедэксперты и директора похоронных бюро.** Мы можем передавать защищенную медицинскую информацию коронеру или судебно-медицинскому эксперту при условии соблюдения всех применимых правовых требований, в том числе наличия подписанного заверения. (Это может быть необходимо, например, для идентификации умершего человека или установления причины смерти.)
- **Информация, не позволяющая установить личность.** Мы можем использовать или раскрывать защищенную медицинскую информацию о вас таким образом, чтобы не идентифицировать вашу личность или не раскрывать, кем вы являетесь.

Записи о лечении при расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ. Мы не будем раскрывать записи о лечении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, которые получаем и храним, для каких-либо судебных, административных или законодательных разбирательств, где это будет использоваться против вас, без вашего письменного согласия или постановления суда.

Ваш выбор. Вы можете выбрать, какую именно медицинскую информацию мы можем раскрыть. Если у вас есть предпочтения относительно того, как нам делиться вашей информацией в описанных ниже ситуациях, пожалуйста, свяжитесь с нашим специалистом по вопросам конфиденциальности, и мы приложим разумные усилия, чтобы следовать вашим указаниям.

Например, у вас есть как право, так и возможность сообщить нам, следует ли: делиться сведениями, такими как ваша защищенная медицинская информация (PHI), общее состояние или местонахождение, с вашей семьей, близкими друзьями или другими лицами, участвующими в вашем лечении; а также делиться информацией в ситуации оказания помощи при ликвидации последствий стихийных бедствий, например, с организацией по оказанию помощи для содействия в поиске или уведомлении вашей семьи, близких друзей или других лиц, участвующих в вашем лечении.

- **Семья и друзья.** Мы можем раскрыть защищенную медицинскую информацию о вас членам вашей семьи или друзьям, если получим ваше устное либо письменное согласие на это или если предоставим вам возможность возразить против такого раскрытия, а вы этого не сделаете. Мы также можем раскрыть защищенную медицинскую информацию вашей семье или друзьям, если из обстоятельств и на основании нашего профессионального суждения мы сделаем вывод, что вы не будете возражать. Например, мы можем предположить, что вы соглашаетесь на раскрытие вашей защищенной медицинской информации вашему супругу или супруге, когда приводите его или её с собой в кабинет врача на время лечения либо обсуждения лечения.

В ситуациях, когда вы не в состоянии дать согласие в связи с вашим отсутствием, неспособностью или неотложным состоянием, мы можем использовать наше профессиональное суждение и определить, что раскрытие информации члену

вашей семьи или другу будет наилучшим образом соответствовать вашим интересам. В таких ситуациях мы раскрываем только ту защищенную медицинскую информацию, которая касается участия данного человека в вашем лечении. Например, мы можем воспользоваться нашим профессиональным суждением и порекомендовать позволить другому лицу действовать от вашего имени, привозить вас на прием, получать рецепты и/или медицинские принадлежности либо рентгеновские снимки, так как считаем, что это в ваших интересах.

- **Другие случаи использования и раскрытия защищенной медицинской информации.** Мы не будем использовать или раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию ни для каких целей, кроме указанных в предыдущих разделах, без вашего письменного разрешения. **Мы не будем использовать или раскрывать защищенную медицинскую информацию без вашего разрешения** в связи с: (i) использованием и раскрытием сведений в маркетинговых целях (клиника The Oregon Clinic (ТОС) может время от времени отправлять информационный бюллетень на адрес электронной почты, связанный с вашей учетной записью; данная рассылка предназначена для ознакомления с нашей медицинской деятельностью и информирования вас о продуктах и услугах, предоставляемых ТОС; вы можете отказаться от получения данной рассылки в любое время, выполнив соответствующие инструкции или обновив предпочтения своей учетной записи); (ii) использованием и раскрытием, представляющими собой продажу защищенной медицинской информации; (iii) большинством случаев использования и раскрытия записей психотерапевта; а также (iv) другими видами использования и раскрытия информации, не описанными в данном уведомлении. Если вы дадите нам разрешение на использование или раскрытие защищенной медицинской информации о себе, то сможете отозвать это разрешение в любое время. Это должно быть сделано в письменной форме; соответствующий документ следует отправить специалисту по вопросам конфиденциальности по адресу, указанному в данном уведомлении. Если вы отзовете свое разрешение, мы больше не будем использовать или раскрывать информацию о вас по причинам, охваченным вашим письменным разрешением. Однако мы не сможем отменить случаи ее использования и раскрытия, которые уже имели место с вашего разрешения.

В некоторых случаях нам может потребоваться письменное разрешение на раскрытие вами определенных типов особо защищенной информации, такой как информация о ВИЧ, злоупотреблении психоактивными веществами, психическом здоровье или сведения о генетическом тестировании.

Ваши права в отношении защищенной медицинской информации о вас

Формы, перечисленные ниже, можно найти на странице [Patient Rights Forms](#) (Формы прав пациента); они позволяют запросить внесение изменений в ваши медицинские записи, ограничения относительно защищенной медицинской информации или отчет о ее раскрытии.

В отношении защищенной медицинской информации, которую мы храним о вас, вы имеете права, приведенные ниже.

- **Право на просмотр и копирование.** У вас есть право проверить и получить копию вашей защищенной медицинской информации, такой как медицинские и платежные записи, которую мы храним и используем для принятия решений касательно вашего лечения. Копии вашей защищенной медицинской информации

могут быть предоставлены в электронной или бумажной форме в зависимости от вашего запроса, если такой формат возможен. В противном случае копии будут предоставлены в виде альтернативной удобочитаемой печатной или электронной копии в соответствии с договоренностью между нами и вами. Вам необходимо отправить письменный запрос в вашу клинику, чтобы просмотреть вашу защищенную медицинскую информацию или получить ее копию. Если вы запросите копию информации, мы можем взимать плату как компенсацию за копирование, пересылку или сопутствующие расходы. В определенных ограниченных обстоятельствах мы можем отказать вам в запросе на просмотр и/или копирование медицинских записей. Если вам будет отказано в копировании защищенной медицинской информации, которую мы храним о вас, или доступе к ней, вы можете попросить пересмотреть отказ. Если закон предоставляет вам право на пересмотр отказа, мы назначим лицензированного медицинского специалиста для рассмотрения вашего запроса и нашего решения об отказе. Лицо, проводящее пересмотр, не будет тем, кто изначально отклонил ваш запрос, и мы будем следовать тому решению, которое будет принято в результате пересмотра.

Чтобы отправить [запрос на доступ к вашим медицинским записям](#), следуйте инструкциям и ознакомьтесь с разделом вопросов и ответов для получения дополнительной информации на нашем сайте [здесь](#).

- **Право на внесение изменений.** Если вы считаете, что защищенная медицинская информация о вас, которой мы располагаем, является неверной или неполной, можете попросить нас внести в нее изменения. Пока эта информация хранится в нашем учреждении, у вас есть право запросить ее исправление.

Мы можем отклонить ваш запрос о внесении исправлений, если он не в письменной форме или не будет содержать причин, обосновывающих изменения. Кроме того, мы можем отклонить ваш запрос, если вы попросите нас изменить информацию, которая: не создавалась нами (за исключением случаев, когда лицо или организация, создавшая информацию, больше не доступны для внесения исправлений); не является частью защищенной медицинской информации, которую мы храним; не является той, которую разрешено пересматривать и копировать; является точной и полной.

Чтобы сделать запрос о внесении изменений, вы можете заполнить и отправить форму **Request for Amendment** (Запрос о внесении изменений); она доступна [на нашем веб-сайте](#) в разделе 2.

- **Право на отчеты о раскрытиях информации.** У вас есть право запросить «отчет о раскрытиях информации» (accounting of disclosures). Это список раскрытий медицинской информации о вас, которые мы сделали в целях, не связанных с лечением, оплатой, медицинскими операциями, а также с ограниченным числом особых обстоятельств, связанных с национальной безопасностью, исправительными учреждениями и правоохранительными органами. Кроме того, в этот список не будет включена информация, предоставленная нами на основании вашего письменного разрешения.

Чтобы сделать запрос на отчет о раскрытиях информации, вы можете заполнить и отправить форму **Request for Accounting of Disclosures** (Запрос на отчет о раскрытиях информации); она доступна [на нашем веб-сайте](#) в разделе 3.

В ней следует указать период времени, который не может превышать более шести лет и включать даты, предшествующие 14 апреля 2003 г. В вашем запросе должно быть указано, в какой форме вы хотите получить данный список раскрытий (например, в бумажном или электронном виде). Первый список, который вы запрашиваете в течение 12-месячного периода, предоставляется бесплатно. За предоставление дополнительных списков в течение 12-месячного периода мы можем взимать с вас плату как компенсацию за расходы на конкретный список. Мы уведомим вас о стоимости, и в этот момент вы сможете отозвать или изменить ваш запрос до того, как будут понесены какие-либо расходы.

- **Право запрашивать ограничения.** Вы имеете право запросить ограничение на использование или раскрытие защищенной медицинской информации о вас для лечения, оплаты или действий по медицинскому обслуживанию. У вас также есть право запросить ограничение для защищенной медицинской информации, которую мы раскрываем о вас кому-либо, кто участвует в лечении и уходе за вами или же оплачивает эти услуги, например, члену семьи или другу. Например, вы можете попросить нас не использовать и не раскрывать информацию о проведенной вам операции. Вы также имеете право ограничить раскрытие защищенной медицинской информации страховой компании в тех случаях, когда вы полностью оплатили услуги из собственного кармана.

Мы не обязаны принимать ваш запрос. Если мы согласимся, мы будем следовать вашему запросу, за исключением случаев, когда информация необходима для оказания вам неотложной помощи или если мы обязаны использовать или раскрывать ее по закону.

Чтобы подать запрос на ограничения, вы можете заполнить и отправить форму **Request for Restriction on Use or Disclosure of Health Information to a Health Plan** (Запрос на ограничение раскрытия медицинской информации страховому плану или соответствующего использования) либо **Request for Restriction on Use or Disclosure of Health Information** (Запрос на ограничение использования или раскрытия медицинской информации); они доступны [на нашем веб-сайте здесь](#) (в разделе 1).

- **Право на запрос конфиденциальной связи.** У вас есть право потребовать, чтобы мы связывались с вами по медицинским вопросам определенным образом или в определенном месте. Например, вы можете попросить, чтобы мы связывались с вами только тогда, когда вы на работе, или по почте.

Чтобы сделать запрос на конфиденциальную связь, вы можете заполнить и отправить документ **Request for Specified Method of Communication and Release of Information Agreement** (Запрос на указанный способ передачи информации и раскрытия информации), который доступен [на нашем веб-сайте](#) в разделе 1, либо направить свое письменное обращение специалисту по вопросам соблюдения нормативных требований по адресу, указанному в данном уведомлении. Мы не будем спрашивать вас о причине такого запроса. Мы удовлетворим все разумные запросы. В запросе должно быть указано, как и где вы хотите, чтобы с вами связывались.

- **Право на бумажную копию настоящего уведомления.** У вас есть право на бумажную копию данного уведомления. Вы в любое время можете попросить нас предоставить вам бумажную копию Уведомления о правилах

конфиденциальности. Даже если вы дали согласие на получение этой копии в электронном виде, вы всё равно имеете право на бумажную копию.

Чтобы получить ее, обратитесь в свое медицинское учреждение или к специалисту по вопросам конфиденциальности по номеру телефона или адресу, указанным в данном уведомлении.

- **Жалобы.** Если вы считаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены, вы имеете право подать жалобу в наше учреждение или на имя секретаря Департамента здравоохранения и социальных служб (Secretary of the Department of Health and Human Services). Чтобы подать жалобу в наше учреждение, свяжитесь со специалистом по вопросам конфиденциальности по номеру 503-935-8000. Вы не понесете наказания и против вас не будут предприняты ответные меры за подачу жалобы.

Изменения данного уведомления. Мы сохраняем за собой право изменять настоящее уведомление и вводить в действие исправленное или измененное уведомление в отношении медицинской информации, которую мы уже имеем, и любой информации, которую мы будем получать в будущем. Мы разместим текущую версию в нашем учреждении, указав дату вступления в силу в верхнем правом углу первой страницы. Текущая версия также будет размещена на нашем сайте. Вы имеете право получить копию уведомления, действующего в текущий момент.