

HOSPITAL
FOR
**SPECIAL
SURGERY**



Мобильные специалисты

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВИЛАХ СОБЛЮДЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

Дата вступления в силу: 14 апреля 2003 г.

В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАНО ТО, КАК КАСАЮЩАЯСЯ ВАС МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ И ПРЕДОСТАВЛЯТЬСЯ И КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧАТЬ ДОСТУП К ПОДОБНОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПОЖАЛУЙСТА, ИЗУЧИТЕ ЕГО ВНИМАТЕЛЬНО.

Уважение к сохранению тайны пациентов давно высоко ценится больницей специализированной хирургии Hospital for Special Surgery. Это не просто то, чего ожидают от нас пациенты, но и правильный подход к ведению дел в здравоохранении. В соответствии с требованиями закона мы будем сохранять конфиденциальность информации о здоровье, которая может быть использована для раскрытия ваших личных данных, и предоставим вам экземпляр нашего уведомления, в котором описаны правила конфиденциальности информации о состоянии вашего здоровья, соблюдаемые нашей больницей и нашим персоналом, а также лицами и организациями, предоставляющими медицинские услуги для нашей больницы и являющимися нашими представителями и филиалами. Наше уведомление будет вывешено у нашего главного входа и в других местах больницы. Вы также сможете получить собственный экземпляр, посетив наш веб-сайт по адресу www.hss.edu, позвонив в Управление медицинской информации (Health Information Management) по телефону (212) 606-1254 или попросив предоставить его вам во время следующего посещения врача.

Если у вас есть какие-либо вопросы о данном уведомлении или вы хотели бы получить дополнительную информацию, пожалуйста, свяжитесь с нашим инспектором по вопросам конфиденциальности (Privacy Officer) по телефону (212) 774-7500.

КТО БУДЕТ СЛЕДОВАТЬ ПРАВИЛАМ, ПРИВЕДЕННЫМ В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ?

Больница Hospital for Special Surgery предоставляет своим пациентам медицинские услуги вместе с врачами и иными специалистами в области здравоохранения, а также организациями, предоставляющими медицинские услуги. Приведенным в данном уведомлении правилам соблюдения конфиденциальности будут следовать:

- Любые медицинские специалисты, предоставляющие непосредственно больничные услуги по вашему лечению в любом из наших больничных отделений;
- Все сотрудники, медицинский персонал, стажеры, студенты и добровольные помощники, предоставляющие непосредственно больничные услуги в любом из наших отделений;
- Правила соблюдения конфиденциальности, изложенные в данном уведомлении, не применяются при предоставлении вам услуг в частных кабинетах медицинских работников или иных специалистов в области здравоохранения, даже если данные кабинеты расположены на территории больницы. Например, если вы проходите лечение у врача, являющегося членом нашего коллектива медицинских работников, в то время как вы находитесь на стационарном лечении в нашей больнице или лечитесь в амбулаторной клинике нашей больницы, то будут применяться правила соблюдения конфиденциальности, приведенные в данном уведомлении. Если вы посещаете того же врача на послебольничном приеме в его частном кабинете (расположенном в больнице или за ее пределами), то правила соблюдения конфиденциальности, приведенные в данном уведомлении, действовать не будут. Врач должен предоставить вам отдельное уведомление с разъяснением правил соблюдения конфиденциальности, действующих в его или ее частном кабинете. Кроме того, правила соблюдения конфиденциальности, приведенные в данном уведомлении, не действуют в отношении членов нашего медицинского персонала или других наших работников, если они лечат вас в других больницах или учреждениях.

РАЗРЕШЕНИЯ, ОПИСАННЫЕ В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ

В данном уведомлении разъясняются различные виды разрешений, которые мы будем получать от вас, прежде чем использовать или предоставлять информацию о вашем здоровье в определенных целях. В данном уведомлении рассматриваются следующие три вида разрешений:

- «Общее письменное согласие» (“general written consent”), получаемое нами у вас для того, чтобы использовать или раскрыть информацию о вашем здоровье для осуществления вашего лечения, получения оплаты за лечение и для ведения нашей коммерческой деятельности. Мы получим от вас это общее письменное согласие при первом предоставлении вам лечения или услуг. Данное общее письменное согласие является комплексным разрешением, и нет необходимости получать его каждый раз при предоставлении вам лечения или услуг.
- Документ, дающий «Возможность выразить возражение» (“opportunity to object”), который мы предоставляем вам до того, как получим возможность использовать или раскрывать касающуюся вашего здоровья информацию для определенных целей. В подобных ситуациях у вас будет возможность возразить против использования или предоставления информации о вашем здоровье лично, по телефону или в письменной форме.
- «Письменное разрешение» (“written authorization”), которое мы предоставляем вам с подробной информацией о том, кто может получить информацию о вашем здоровье для определенных особых целей. Мы получаем разрешение использовать или предоставлять информацию о вашем здоровье, описанную в данном письменном разрешении, только способами, разъясненными в подписанной вами форме письменного разрешения. Срок действия письменного разрешения истекает после определенной даты или события.

ВАЖНАЯ КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Требования к письменному разрешению. Обычно мы будем получать письменное разрешение до использования информации о вашем здоровье или предоставления ее лицам или организациям вне больницы. Вы также можете инициировать передачу вашей истории болезни иному лицу, заполнив форму письменного разрешения. Если вы предоставляете нам письменное разрешение, то вы можете отменить данное письменное разрешение в любой момент, кроме случаев, когда мы им уже воспользовались. Для отмены письменного разрешения, пожалуйста, напишите заявление в Отдел управления медицинской информацией (Health Information Management office) больницы.

Исключения, касающиеся требований, предъявляемых к письменному разрешению. Существуют некоторые ситуации, когда нам не нужно получать ваше письменное разрешение до использования информации о вашем здоровье или предоставления ее другим лицам. Данными ситуациями являются:

- **Лечение, оплата и коммерческая деятельность.** Мы получим ваше общее письменное согласие только один раз, чтобы использовать или предоставлять информацию о вашем здоровье для лечения вашего заболевания, получения оплаты за предоставленное лечение или для ведения нашей коммерческой деятельности. В некоторых случаях мы также можем предоставлять информацию о вашем здоровье иным лицам и организациям, предоставляющим медицинские услуги, либо плательщикам для их операций, связанных с осуществлением платежей, а также для определенной коммерческой деятельности. Дополнительную информацию см. на стр. 3 данного уведомления.
- **Включение в Справочник пациента (Patient Directory) и предоставление информации членам семьи и друзьям, имеющим отношение к вашему лечению.** Если вы не возражаете, при госпитализации мы включим информацию о вас в наш «Справочник пациента» и будем предоставлять информацию о вашем местонахождении и состоянии здоровья вашим друзьям и членам семьи, имеющим отношение к вашему лечению. Дополнительную информацию см. на страницах 4-5 данного уведомления.
- **Экстренные случаи и случаи общественной необходимости.** Мы можем использовать или предоставлять информацию о вашем здоровье в экстренных случаях или для важных целей общественного здравоохранения. Например, мы можем предоставить касающуюся вас информацию должностным лицам системы здравоохранения из департаментов здравоохранения штата Нью-Йорк или города Нью-Йорк, которые уполномочены расследовать и контролировать распространение заболеваний. Дополнительные примеры см. на страницах 5-7 данного уведомления.
- **Случаи, когда информация полностью или частично лишена личных данных.** Мы также можем использовать или предоставлять информацию о вашем здоровье, если исключим из нее любые сведения, которые могут служить для установления вашей личности, таким образом, что информация о здоровье станет «полностью лишенной личных данных». Мы также можем использовать или предоставлять «частично лишенную личных данных» информацию, если получающий данную информацию человек даст письменное согласие соблюдать конфиденциальность указанной информации. Дополнительную информацию, пожалуйста, см. на стр. 7 данного уведомления.

Как получить доступ к информации о вашем здоровье. Обычно вы имеете право просматривать и копировать информацию о своем здоровье. Для получения дополнительной информации, пожалуйста, см. стр. 8 данного уведомления.

Как внести исправления в информацию о вашем здоровье. Вы имеете право потребовать внесения нами исправлений в информацию о вашем здоровье, если вы считаете, что она является неточной или неполной. Для получения дополнительной информации, пожалуйста, см. стр. 8 данного уведомления.

Как установить лиц, получивших информацию о вашем здоровье. Вы имеете право получить «отчет о предоставлении информации» (“accounting of disclosures”), в котором указаны определенные лица или организации, которым предоставлялась информация о вашем здоровье в соответствии с мерами защиты, описанными в настоящем Уведомлении о правилах соблюдения конфиденциальности. Многие типичные случаи предоставления нами информации не будут включены в данный отчет, но в отчете будут указаны некоторые нестандартные случаи

предоставления касающейся вас информации. Для получения дополнительной информации, пожалуйста, см. страницы 8-9 данного уведомления.

Как направить запрос о применении дополнительных мер по защите конфиденциальности информации. Вы имеете право направить запрос о применении дополнительных ограничений способов использования нами информации о вашем здоровье или предоставления ее третьим лицам. Мы не обязаны соглашаться на запрошенные вами ограничения, но если мы согласимся, то мы будем обязаны выполнять наше соглашение. Для получения дополнительной информации, пожалуйста, см. страницы 9-10 данного уведомления.

Как направить запрос о применении более конфиденциальных методов обмена информацией. Вы имеете право попросить, чтобы мы связывались с вами более конфиденциальным способом, например, дома, а не на работе. Мы постараемся выполнить все разумные просьбы. Для получения дополнительной информации, пожалуйста, см. стр. 10 данного уведомления.

Как кто-либо другой может действовать от вашего имени. Вы имеете право назначить личного представителя, который может действовать от вашего имени для осуществления контроля за соблюдением конфиденциальности информации о вашем здоровье. Родители и опекуны обычно имеют право контролировать соблюдение конфиденциальности информации о здоровье несовершеннолетних лиц, если данным несовершеннолетним лицам не разрешено по закону самостоятельно действовать от своего имени.

Как узнать об особых мерах защиты информации о ВИЧ, злоупотреблении алкоголем и наркотиками, о психическом здоровье и генетических сведений. Особые меры по защите конфиденциальности применяются к информации, связанной с ВИЧ, лечением от злоупотребления алкоголем и наркотиками, информации о психическом здоровье и к генетическим сведениям. Некоторые разделы данного общего Уведомления о правилах соблюдения конфиденциальности могут не действовать в отношении этих видов информации. Если ваше лечение связано с данной информацией, вам предоставят специальные формы разрешений, связанные с предоставлением больницей подобной информации. Для запроса экземпляров данных форм, пожалуйста, свяжитесь с Управлением медицинской информации по телефону (212) 606-1254.

Как получить экземпляр данного уведомления. Вы имеете право получить экземпляр данного уведомления в печатном виде. Вы в любой момент можете запросить экземпляр в печатном виде, даже если вы ранее согласились получить данное уведомление в электронном виде. Для этого, пожалуйста, позвоните в Управление медицинской информации по телефону (212) 606-1254. Вы также можете получить экземпляр данного уведомления, посетив наш веб-сайт по адресу www.hss.edu или попросив предоставить вам экземпляр при следующем посещении врача.

Как получить экземпляр уведомления с изменениями. Мы можем периодически вносить изменения в наши правила соблюдения конфиденциальности. Если мы это делаем, мы вносим изменения в данное уведомление, чтобы у вас были точные обобщенные сведения о наших правилах, при этом ко всей информации о вашем здоровье будет применимо пересмотренное уведомление. Мы вывесим любое пересмотренное уведомление в наших приемных помещениях и в иных помещениях больницы. Вы также сможете получить свой экземпляр пересмотренного уведомления, посетив наш веб-сайт по адресу www.hss.edu, позвонив в Управление медицинской информации (Health Information Management) по телефону (212) 606-1254 или попросив его во время следующего посещения врача. Дата вступления в силу каждого уведомления всегда отмечена на лицевой странице и в верхнем внешнем углу каждой страницы. Мы должны соблюдать условия уведомления, действующего в настоящий момент.

Как подать жалобу. Если вы считаете, что ваши права на соблюдение конфиденциальности были нарушены, вы можете подать жалобу нам или Министру Министерства здравоохранения и обслуживания населения (Department of Health and Human Services). Для подачи жалобы нам, пожалуйста, свяжитесь с инспектором по вопросам конфиденциальности (Privacy Officer) по телефону (212) 774-7500 или отправьте письмо на рассмотрение инспектора по вопросам конфиденциальности нашей больницы. *Никто не будет осуществлять какое-либо преследование или принимать меры против вас за подачу жалобы.*

КАКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ЗДОРОВЬЕ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ЗАЩИТОЙ

Мы обязаны соблюдать конфиденциальность информации, которую мы собираем о вас за время предоставления услуг связанных с охраной вашего здоровья. Ниже приведены некоторые примеры защищаемой информации о здоровье:

- информация, свидетельствующая о том, что вы являетесь пациентом больницы, проходите лечение или получаете иные услуги, связанные со здравоохранением, в нашей больнице;
- информация о состоянии вашего здоровья (например, о заболеваниях, которые могут у вас быть);
- информация о медицинских изделиях и услугах, которые вы получили или можете получить в будущем (например, операция); или
- информация о ваших медицинских льготах по плану медицинского страхования (например, оплачиваются ли вам лекарства, отпускаемые по рецепту);

в случае, если информация объединена с:

- демографическими данными (например, вашим именем, адресом или состоянием страховки);
- уникальными номерами, по которым можно установить вашу личность (например, ваш номер социального обеспечения, ваш номер телефона или номер вашего водительского удостоверения); и
- иными видами информации, по которым можно установить вашу личность.

КАК МЫ МОЖЕМ ИСПОЛЬЗОВАТЬ И ПРЕДОСТАВЛЯТЬ ИНФОРМАЦИЮ О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ

1. Лечение, оплата и коммерческая деятельность

При наличии вашего общего письменного согласия мы можем использовать информацию о вашем здоровье или предоставлять ее иным лицам для осуществления лечения вашего заболевания, получения оплаты за предоставленное лечение и для ведения нашей коммерческой деятельности. В некоторых случаях мы также можем предоставлять информацию о вашем здоровье для проведения платежных операций и осуществления определенной коммерческой деятельности иных лиц или организаций, предоставляющих медицинские услуги, или плательщиков.

Лечение. Мы можем предоставлять в больнице информацию о вашем здоровье врачам, медсестрам и иным лицам, оказывающим медицинские услуги, которые участвуют в вашем лечении, а они, в свою очередь, могут использовать данную информацию для постановки вам диагноза или проведения лечения. Врач в нашей больнице может предоставлять информацию о вашем здоровье другому врачу нашей больницы или врачу другой больницы для определения вашего диагноза и методов вашего лечения. Ваш врач также может предоставлять информацию о вашем здоровье другому врачу, к которому вас направили для дальнейшего лечения.

Оплата. Мы можем использовать информацию о вашем здоровье либо предоставлять ее другим лицам и организациям, чтобы получить оплату за предоставленные вам медицинские услуги. Например, мы можем предоставлять информацию о вас вашей компании медицинского страхования, чтобы получить возмещение, после того как вам было предоставлено нами лечение, или для определения, оплатит ли она ваше лечение. У нас также может возникнуть необходимость проинформировать вашу страховую компанию о вашем состоянии здоровья, чтобы получить предварительное согласие на проведение вашего лечения, например, на вашу госпитализацию для проведения конкретного вида хирургической операции. Наконец, мы можем предоставлять информацию иным лицам и организациям, оказывающим медицинские услуги, а также плательщикам для их платежных операций.

Коммерческая деятельность. Мы можем использовать информацию о вашем здоровье либо предоставлять ее иным лицам и организациям для ведения нашей коммерческой деятельности. Например, мы можем использовать информацию о вашем здоровье для оценки работы нашего персонала, связанной с вашим лечением, либо для обучения нашего персонала тому, как улучшить качество осуществляемого ухода и лечения. Наконец, мы можем раскрывать информацию о вашем здоровье иным лицам и организациям, предоставляющим медицинские услуги, а также плательщикам для осуществления их определенных коммерческих операций, если информация связана с

отношениями, которые указанное лицо или организация либо плательщик имеет с вами в настоящий момент или имел в прошлом, и если данное лицо или организация либо плательщик обязаны в соответствии с федеральным законом соблюдать конфиденциальность информации о вашем здоровье.

Напоминания о назначенных приемах, альтернативные варианты лечения, льготы и услуги. В ходе осуществления вашего лечения мы можем использовать информацию о вашем здоровье, чтобы связаться с вами и напомнить, что вам назначен прием у врача для проведения лечения или предоставления услуг в нашем учреждении. Мы также можем воспользоваться вашей информацией о здоровье, чтобы рекомендовать возможные варианты лечения или медицинские льготы и услуги, в которых вы можете быть заинтересованы.

Сбор средств. Для поддержания нашей коммерческой деятельности мы можем использовать вашу демографическую информацию, включая сведения о вашем возрасте, поле, месте жительства и работы, а также даты проведения лечения, чтобы связаться с вами и собрать деньги, которые помогут нам продолжать выполнять наши задачи по лечению пациентов, проведению исследований и просвещению. Мы также можем предоставлять данную информацию благотворительным фондам, которые свяжутся с вами, чтобы собрать деньги от нашего имени.

Деловые партнеры. Мы можем предоставлять информацию о вашем здоровье подрядчикам, агентам и иным деловым партнерам, которым нужна данная информация, чтобы помочь нам получать платежи или осуществлять нашу коммерческую деятельность. Например, мы можем предоставить информацию о вашем здоровье компании, занимающейся счетами, чтобы они помогли нам получить оплату с вашей страховой компании. Еще одним примером является возможное предоставление информации о вашем здоровье бухгалтерской или юридической фирме, которая дает нам профессиональные консультации о том, как улучшить наши услуги здравоохранения, не нарушая закона. Если мы предоставляем информацию о вашем здоровье своим деловым партнерам, мы заключаем с ними контракт, обязывающий наших деловых партнеров соблюдать конфиденциальность информации о вашем здоровье.

Мы можем осуществлять все указанные действия, если вы подписали форму общего письменного согласия. После того как вы подпишете форму общего письменного согласия, она будет действовать в течение неограниченного срока до того момента, пока вы не отмените свое общее письменное согласие. Вы можете отменить свое общее письменное согласие в любой момент, кроме случаев, в которых мы уже осуществили определенные действия на основании данного согласия. Например, если мы предоставляем вам лечение до того, как вы отмените свое общее письменное согласие, то мы можем продолжать предоставлять информацию о вашем здоровье вашей страховой компании, чтобы получить платеж за предоставленное лечение. Для отмены общего письменного согласия, пожалуйста, напишите заявление в Управление медицинской информации по адресу: Health Information Management, 535 East 70th Street, New York, NY 10021.

2. Справочник пациента / члены семьи и друзья

Мы можем использовать информацию о вашем здоровье, и публиковать ее в нашем «Справочнике пациента» (Patient Directory) либо предоставлять ее членам вашей семьи и вашим друзьям, участвующим в вашем лечении, без вашего письменного разрешения. Вы можете выразить возражение против подобного использования и предоставления информации о вашем здоровье, за исключением случаев, когда отсутствует необходимое время в связи с экстренным медицинским случаем (в этом случае мы обсудим с вами ваши предпочтения сразу по окончании экстренной ситуации). Мы будем следовать вашим пожеланиям, если обратное не предписано законом.

Справочник пациента. Если вы не будете возражать, то мы включим ваше имя, местонахождение в нашем учреждении, ваше общее состояние (*например*, хорошее, стабильное, критическое и т.д.) и вашу профессиональную принадлежность в наш «Справочник пациента» на время, пока вы являетесь пациентом больницы. Информация из данного справочника, кроме профессиональной принадлежности, может предоставляться людям, которые будут справляться о вас, называя ваше имя. Ваша профессиональная принадлежность может быть сообщена священнослужителям, например, священнику или раввину, даже если он или она не спрашивают о вас, называя ваше имя.

Члены семьи и друзья, участвующие в вашем лечении. Если вы не возражаете, мы можем предоставлять информацию о вашем здоровье членам вашей семьи, родственникам или близким личным друзьям, которые участвуют в вашем лечении или его оплате. Мы также можем уведомлять членов семьи, личного представителя или иное лицо, отвечающее за ваше лечение, о вашем местонахождении в больнице и общем состоянии. В некоторых

случаях у нас может возникнуть необходимость предоставить информацию о вас организации, оказывающей помощь при катастрофах, чтобы они помогли нам уведомить данных лиц.

3. Экстренные случаи или общественная необходимость

Мы можем использовать информацию о вашем здоровье и предоставлять ее третьим лицам, чтобы лечить вас в экстренных случаях или удовлетворить важные общественные потребности. Нам не надо получать ваше общее письменное согласие, прежде чем использовать или предоставлять информацию о вас в связи с указанными причинами. Тем не менее мы получим ваше письменное разрешение или предоставим вам возможность выразить возражение против использования или предоставления информации о вашем здоровье в данных ситуациях, если закон штата определенно предписывает нам это сделать.

Экстренные случаи. Мы можем использовать или предоставлять информацию о вашем здоровье, если вы нуждаетесь в проведении экстренного лечения или если в соответствии с законом мы обязаны вас лечить, но не можем получить ваше общее письменное согласие. Если это произойдет, мы попытаемся получить ваше письменное согласие после проведения лечения, как только это будет разумно возможно.

Факторы, препятствующие общению. Мы также можем использовать и предоставлять информацию о вашем здоровье, если мы не можем получить ваше общее письменное согласие в связи с существенными факторами, препятствующими общению, но мы считаем, что вы хотели бы, чтобы мы вас лечили, если бы мы могли с вами общаться.

Согласно требованиям закона. Мы можем использовать или предоставлять информацию о вашем здоровье, если мы обязаны делать это в соответствии с законом. Мы уведомим вас о данном использовании и предоставлении информации, если подобное уведомление требуется в соответствии с законом.

Мероприятия общественного здравоохранения. Мы можем предоставлять информацию о вашем здоровье уполномоченным должностным лицам системы здравоохранения (или иностранным правительственным органам, сотрудничающим с подобными должностными лицами), чтобы они могли проводить свои мероприятия общественного здравоохранения. Например, мы можем предоставить информацию о вашем здоровье государственным должностным лицам, отвечающим за контроль над заболеваниями, травмами или инвалидностями. Мы также можем предоставлять информацию о вашем здоровье лицу, которое могло подвергнуться воздействию инфекционного заболевания, риску заразиться или подвергнуться распространению заболевания, если закон предписывает или позволяет нам это делать. И, наконец, мы можем предоставлять некоторые сведения о вашем здоровье вашему работодателю, если он наймет нас для проведения вашего медицинского обследования и мы установим наличие у вас производственной травмы или заболевания, о которых ваш работодатель обязан знать, чтобы выполнить требования трудового законодательства.

Жертвы жестокого обращения, отсутствия заботы или насилия в семье. Мы можем предоставлять информацию о вашем здоровье органам власти системы общественного здравоохранения, которые уполномочены получать доклады о жестоком обращении, отсутствии заботы или насилии в семье. Например, мы можем сообщить информацию о вас государственным должностным лицам, если мы будем иметь основания считать, что вы стали жертвой подобного жестокого обращения, отсутствия заботы или насилия в семье. Мы постараемся получить ваше разрешение, прежде чем предоставлять данную информацию, но в некоторых случаях мы можем быть обязаны или уполномочены действовать без вашего разрешения.

Мероприятия по надзору за здравоохранением. Мы можем предоставлять информацию о вашем здоровье государственным органам, уполномоченным проводить проверки, расследования и инспекции нашего учреждения. Данные государственные органы осуществляют надзор за работой системы здравоохранения, реализацией программ государственных пособий и льгот, например, программ Medicare и Medicaid, и за выполнением государственных регулятивных программ и законов о гражданских правах.

Контроль за продукцией, исправление дефектов и изъятие из оборота. Мы можем предоставлять информацию о вашем здоровье лицу или компании, деятельность которых регулируется Управлением по контролю за продуктами и медицинскими препаратами (Food and Drug Administration), чтобы: (1) сообщить им о дефектах продуктов, связанных с ними проблемах, а также чтобы отслеживать данные случаи; (2) они устраняли дефекты продуктов, заменяли или

изымали из оборота дефектные или опасные продукты; или (3) они отслеживали характеристики продукта после его утверждения к массовому использованию.

Судебные разбирательства и споры. Мы можем предоставлять информацию о вашем здоровье, если суд или административный орган правосудия обяжет нас это сделать для проведения судебного разбирательства или рассмотрения спора.

Правоохранительные органы. Мы можем предоставлять информацию о вашем здоровье должностным лицам правоохранительных органов для следующих целей:

- Для выполнения судебных приказов и предписаний закона, которые мы обязаны выполнять.
- Чтобы помочь должностным лицам правоохранительных органов установить личность или местонахождение подозреваемого, лица, скрывающегося от правосудия, свидетеля или без вести пропавшего.
- Если вы стали жертвой преступления и мы установим, что: (1) мы не могли получить ваше согласие в связи с экстренностью ситуации или вашей недееспособностью; (2) должностным лицам правоохранительных органов срочно необходима информация для выполнения своих обязанностей по обеспечению правопорядка; и (3) по мнению наших специалистов предоставление информации данным должностным лицам отвечает вашим интересам.
- Если мы заподозрим, что причиной вашей смерти являлось преступное поведение;
- Если необходимо сообщить о преступлении, совершенном на территории принадлежащей нам собственности; или
- Если необходимо заявить о преступлении, выявленном во время экстренного случая вне нашего учреждения (например, нашими медицинскими специалистами по экстренным случаям на месте совершения преступления).

Для предотвращения серьезной и непосредственной угрозы для здоровья или безопасности. Мы можем использовать информацию о вашем здоровье или предоставлять ее иным лицам и организациям при необходимости предотвратить серьезную и непосредственную угрозу для вашего здоровья или безопасности, здоровья и безопасности иного лица или общества. В подобных случаях мы предоставим информацию о вас только лицу, способному помочь предотвратить угрозу. Мы также можем предоставить информацию о вашем здоровье сотрудникам правоохранительных органов, если вы сообщите нам, что участвовали в насильственном преступлении, которое могло привести к причинению серьезного физического вреда другому лицу (если только вы не признали данный факт во время консультации), или если мы установим, что вы бежали из под стражи (например, из тюрьмы или психиатрического учреждения).

Мероприятия, связанные с национальной безопасностью и разведывательной деятельностью, или услуги по защите. Мы можем предоставить информацию о вашем здоровье уполномоченным федеральным должностным лицам, проводящим разведывательные мероприятия и мероприятия, связанные с национальной безопасностью, либо предоставляющим услуги по защите Президенту или иным важным должностным лицам.

Военнослужащие и ветераны. Если вы служите в вооруженных силах, мы можем предоставить информацию о вашем здоровье соответствующим органам военной власти, осуществляющим командование, для проведения мероприятий, которые они считают необходимыми для выполнения их военных задач. Мы также можем предоставлять информацию о здоровье иностранных военнослужащих соответствующим иностранным органам военной власти.

Заклученные и исправительные учреждения. Если вы являетесь заключенным или задержаны сотрудником правоохранительных органов, мы можем сообщить информацию о вашем здоровье сотрудникам тюрьмы или правоохранительных органов, если это необходимо для предоставления вам медицинского обслуживания или обеспечения безопасности, охраны и порядка в местах вашего заключения. В том числе, мы можем предоставить информацию, необходимую для защиты здоровья и безопасности других заключенных или лиц, занимающихся надзором за заключенными и их перевозкой.

Выплаты по страховке от несчастного случая на рабочем месте. Мы можем предоставлять информацию о вашем здоровье сотрудникам программ выплат по страховке от несчастного случая на рабочем месте или других аналогичных программ, предоставляющих пособия в связи с производственными травмами.

Следователи по делам о смерти, судебно-медицинские эксперты, руководители похоронных служб. В прискорбном случае вашей смерти мы можем предоставить информацию о вашем здоровье следователю по делу о смерти или судебно-медицинскому эксперту. Это может быть необходимо, например, для установления причины смерти. Мы также можем предоставлять информацию руководителям похоронных служб, если это необходимо для выполнения их обязанностей.

Пожертвование органов и тканей. В прискорбном случае вашей смерти мы можем предоставить информацию о вашем здоровье организациям, которые поставляют или хранят органы, глаза и иные ткани, для того, чтобы данные организации могли установить, допустимы ли в данном случае пожертвование или трансплантация в соответствии с законом.

Исследования. В большинстве случаев мы попросим ваше письменное разрешение, прежде чем использовать или предоставлять информацию о вашем здоровье иным лицам для проведения исследований. Тем не менее при определенных обстоятельствах мы можем использовать и предоставлять информацию о вашем здоровье без вашего письменного разрешения, если мы получим разрешение посредством специальной процедуры, гарантирующей, что проведение исследований без вашего письменного разрешения подвергнет конфиденциальность вашей информации минимальному риску. Однако ни при каких обстоятельствах мы не позволим исследователям использовать ваше имя или личные данные публично. Мы также можем предоставлять информацию о вашем здоровье без вашего письменного разрешения лицам, которые готовят будущие исследовательские проекты, при условии, что любая идентифицирующая информация не выйдет за пределы нашего учреждения. В прискорбном случае вашей смерти мы можем предоставить информацию о вашем здоровье лицам, проводящим исследования с использованием информации об умерших лицах, если они согласятся не выносить за пределы нашего учреждения любую идентифицирующую вас информацию.

4. Информация, полностью или частично лишенная личных данных

Мы также можем использовать и предоставлять информацию о вашем здоровье, если исключим из нее любые сведения, которые могут служить для установления вашей личности, таким образом, что информация о здоровье станет «полностью лишенной личных данных». Мы также можем использовать и предоставлять «частично лишенную личных данных» информацию о вашем здоровье, если получающий данную информацию человек даст письменное согласие соблюдать конфиденциальность указанной информации в соответствии с требованиями федерального законодательства и законодательства штата. Информация о здоровье, частично лишенная личных данных *не* будет содержать каких-либо сведений, по которым можно установить вашу личность напрямую (например, ваше имя, домашний адрес, номер социального обеспечения, номер телефона, номер факса, адрес электронной почты, адрес веб-сайта или номер водительского удостоверения).

5. Случайное раскрытие информации

Несмотря на то что мы предпринимаем разумные меры по сохранению конфиденциальности информации о вашем здоровье, во время или в качестве неизбежного результата нашего иного допустимого использования или предоставления информации о вашем здоровье может происходить определенное раскрытие информации о вашем здоровье. Например, во время лечебных процедур другие проходящие у нас лечение пациенты могут видеть информацию о вашем здоровье или слышать ее обсуждение.

ВАШИ ПРАВА НА ДОСТУП К ИНФОРМАЦИИ О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ И НА КОНТРОЛЬ ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ

Мы хотим, чтобы вы знали, что вы имеете следующие права на доступ к информации о вашем здоровье и на контроль этой информации. Эти права важны, потому что они помогают вам обеспечить точность имеющейся у нас информации о вашем здоровье. Они также могут помочь вам контролировать использование и предоставление

нами касающейся вас информации иным лицам и организациям, или то, как мы обмениваемся с вами информацией по медицинским вопросам.

1. Право проверять документацию и получать копии

Вы имеете право проверять и получать копии любых документов о вашем здоровье, которые могут быть использованы для принятия решений, касающихся вас и вашего лечения, на протяжении всего времени хранения этой информации в наших архивах. Это включает в себя медицинские и платежные документы. Для проверки и получения копий документов о вашем здоровье, пожалуйста, подайте письменный запрос в Управление медицинской информации по адресу Health Information Management, 535 East 70th Street, New York, NY 10021. Если вы попросите предоставить вам копии документов, мы можем попросить вас внести оплату расходов по копированию, пересылке или расходов на иные материалы, которые мы используем для выполнения вашей просьбы. Стандартная стоимость составляет 0,75 доллара за страницу, и обычно она должна уплачиваться до или во время предоставления вам копий.

Мы ответим на ваш запрос о проверке документов в течение 10 дней. Обычно мы отвечаем на запросы о предоставлении копий в течение 30 дней, если информация находится в нашем учреждении, и в течение 60 дней, если она находится за пределами нашего учреждения, в другом учреждении. Если нам необходимо дополнительное время, чтобы ответить на ваш запрос о предоставлении копий, мы сообщим вам в письменной форме в течение вышеуказанного времени, разъяснив причины задержки и указав, когда вы можете ожидать окончательного ответа на ваш запрос.

При определенных, очень ограниченных обстоятельствах мы можем отказать в проведении проверки или предоставлении копий касающейся вас информации. Если мы это делаем, мы можем взамен предоставить вам обзор данной информации. Мы также предоставим вам письменное объяснение наших причин предоставления только обзора, полное описание ваших прав на пересмотр данного решения и сведения о том, как вы можете воспользоваться данными правами. В уведомление также будет включена информация о том, как подать жалобу, связанную с данными вопросами, нам или министру Министерства здравоохранения и обслуживания населения. Если у нас есть причины отказать вам в выполнении только части вашей просьбы, мы предоставим вам полный доступ к остальной части документов, исключив ту часть информации, которую мы не позволим вам проверять или копировать.

2. Право на внесение исправлений в документы

Если вы считаете, что имеющаяся у нас информация о вашем здоровье является неверной или неполной, то вы можете попросить нас внести исправления в информацию. Вы имеете право просить о внесении изменений в информацию, пока она хранится в нашем архиве. Чтобы подать запрос на внесение изменений, пожалуйста, напишите в Управление медицинской информации по адресу: Health Information Management, 535 East 70th Street, New York, NY 10021. В ваш запрос должны быть включены причины, по которым вы считаете, что мы должны внести изменения. Обычно мы отвечаем на подобные запросы в течение 60 дней. Если нам необходимо дополнительное время, чтобы ответить, мы сообщим вам в письменной форме в течение 60 дней, разъяснив причину задержки и указав, когда вы можете ожидать окончательного ответа на ваш запрос.

Если мы частично или полностью отказываем вам в удовлетворении запроса, мы предоставим вам письменное уведомление с разъяснением причин этого. У вас будет право на включение определенной информации, связанной с вашим запросом на внесение изменений, в ваши документы. Например, если вы не согласны с решением, у вас будет возможность представить заявление с разъяснением вашего несогласия, которое будет включено в ваше дело. Мы также предоставим вам информацию о том, как подать жалобу нам или министру Министерства здравоохранения и обслуживания населения. Данные процедуры будут разъяснены более подробно в любом письменном уведомлении об отказе, которое мы вам направим.

3. Право на получение отчета о предоставлении информации

После 14 апреля 2003 г. вы имеете право получить «отчет о предоставлении информации» (“accounting of disclosures”), в котором указаны конкретные лица или организации, которым предоставлялась информация о вашем здоровье в соответствии с действующим в данном случае законом и мерами защиты, представленными в настоящем Уведомлении о правилах соблюдения конфиденциальности. Отчет о предоставлении информации не описывает того, как информация о

вашем здоровье предоставлялась в пределах больницы, если все иные меры по защите, описанные в данном Уведомлении о правилах соблюдения конфиденциальности, были соблюдены (например, получение необходимых согласий до предоставления информации о вашем здоровье нашим врачам для исследовательских целей).

В Отчет о предоставлении информации также не включается информация о следующих случаях предоставления информации:

- предоставление информации вам и вашему личному представителю;
- предоставление информации согласно вашему письменному разрешению;
- предоставление информации для осуществления лечения, оплаты или коммерческой деятельности;
- предоставление информации, включенной в справочник пациента;
- предоставление информации вашим друзьям и членам вашей семьи, участвующим в вашем лечении или оплате вашего лечения;
- предоставление информации, произошедшее случайно при допустимом использовании или предоставлении информации о вашем здоровье (например, если информация была услышана другим пациентом, проходящим мимо);
- предоставление ограниченных объемов информации о вашем здоровье, непосредственно не указывающих на вашу личность, для исследовательских целей, целей общественного здравоохранения или для осуществления нашей коммерческой деятельности;
- предоставление информации федеральным должностным лицам в целях проведения мероприятий, связанных с национальной безопасностью и разведывательной деятельностью;
- предоставление информации о заключенных сотрудникам исправительных учреждений и правоохранительных органов;
- предоставление информации, произведенное до 14 апреля 2003 г.

Чтобы попросить отчет о предоставлении информации, пожалуйста, напишите в Управление медицинской информации по адресу: Health Information Management, 535 East 70th Street, New York, NY 10021. В вашем запросе должен быть указан период времени в пределах последних шести лет (но не ранее 14 апреля 2003 г.), за который вы просите нас включить в отчет сведения о предоставлении информации. Например, вы можете запросить список случаев предоставления нами информации в период с 1 января 2004 г. по 1 января 2005 г. В течение 12 месяцев вы можете получать один отчет бесплатно. Тем не менее мы можем взимать плату для покрытия расходов по предоставлению дополнительных отчетов в течение того же 12-месячного периода. Мы всегда будем сообщать вам о любых возможных расходах, чтобы вы могли решить отказаться от подачи запроса или изменить его до возникновения расходов.

Обычно мы отвечаем на запросы о предоставлении отчета в течение 60 дней. Если нам понадобится дополнительное время для подготовки отчета, который вы запросили, мы сообщим вам о причине задержки и дате, когда вы можете ожидать получения отчета, в письменной форме. В редких случаях мы можем задержать предоставление вам отчета, не уведомив вас, потому что должностное лицо правоохранительного или государственного органа попросит нас это сделать.

4. Право попросить о принятии дополнительных мер по защите конфиденциальности информации

Вы имеете право просить о дополнительном ограничении использования и предоставлении нами информации о вашем здоровье в отношении лечения вашего заболевания, получения платежей за проведенное лечение и ведения нашей коммерческой деятельности. Вы также можете просить ограничить предоставление нами касающейся вас информации

членам вашей семьи и вашим друзьям, участвующим в вашем лечении. Например, вы можете попросить нас не предоставлять информации о сделанной вам операции. Чтобы попросить установить ограничения, пожалуйста, пишите в Управление медицинской информации по адресу: Health Information Management, 535 East 70th Street, New York, NY 10021. В ваш запрос должны быть включены следующие сведения: (1) доступ к какой информации вы хотите ограничить; (2) хотите ли вы ограничить использование информации нами, предоставление информации третьим лицам и организациям или и то, и другое; и (3) кого, по вашему желанию, должны касаться данные ограничения.

Мы не обязаны соглашаться с вашей просьбой об установлении ограничений и в некоторых случаях запрашиваемые вами ограничения могут не допускаться законом. *Тем не менее, если мы дадим согласие, то мы будем выполнять наше соглашение, если не возникнет необходимости предоставить информацию для проведения вашего экстренного лечения или выполнения требований законодательства.* Если мы дали согласие на установление ограничения, вы имеете право в любой момент отменить действие ограничения. При некоторых обстоятельствах мы также имеем право отменить установленное ограничение, если мы заранее уведомим вас об этом; в остальных случаях нам необходимо получить ваше письменное разрешение до отмены ограничения.

5. Право просить об использовании конфиденциальных методов обмена информацией

Вы имеете право просить о том, чтобы мы обменивались с вами информацией о касающихся вас медицинских вопросах более конфиденциальным способом, попросив нас общаться с вами с помощью альтернативных средств связи или в ином месте. Например, вы можете попросить нас связываться с вами дома, а не на работе. Чтобы попросить использовать более конфиденциальные методы обмена информацией, пожалуйста, пишите в Управление медицинской информации по адресу: Health Information Management, 535 East 70th Street, New York, NY 10021. *Мы не будем узнавать у вас причину данного запроса и постараемся выполнить все разумные просьбы.* Пожалуйста, укажите в своем запросе, как и где вы хотите, чтобы с вами связывались, и как будет осуществляться оплата предоставляемых вам услуг здравоохранения, если мы будем связываться с вами альтернативными методами или в ином месте.

Подтверждение получения Уведомления о правилах соблюдения конфиденциальности

Уважение к сохранению тайны пациентов уже в течение длительного времени высоко ценится больницей специализированной хирургии Hospital for Special Surgery. Это не просто то, чего ожидают от нас пациенты, но и правильный подход к ведению дел в здравоохранении. В соответствии с требованиями закона мы будем сохранять конфиденциальность информации о здоровье, которая может быть использована для раскрытия ваших личных данных, и предоставим вам экземпляр нашего уведомления, в котором описаны правила, конфиденциальности информации о состоянии вашего здоровья, соблюдаемые нашей больницей и нашим персоналом, а также лицами и организациями, предоставляющими медицинские услуги для нашей больницы и являющимися нашими представителями и филиалами. Наше уведомление будет вывешено у нашего главного входа и в других местах больницы. Вы также сможете получить собственный экземпляр, посетив наш веб-сайт по адресу www.hss.edu, позвонив в Управление медицинской информации (Health Information Management) по телефону (212) 606-1254 или попросив предоставить его вам во время следующего посещения врача.

Поставив ниже подпись я подтверждаю, что я получил(а) экземпляр данного Уведомления о правилах соблюдения конфиденциальности и, таким образом, я уведомлен(а) о том, как информация о моем здоровье может использоваться или предоставляться больницей, а также о том, как я могу получить к ней доступ и контролировать данную информацию. Я также признаю и понимаю, что я могу попросить о предоставлении мне экземпляров отдельных форм разрешений для обеспечения особой защиты конфиденциальности информации, связанной с ВИЧ-инфекцией, лечением от злоупотребления алкоголем и наркотиками, информации о психическом здоровье и генетической информации. Наконец, поставив свою подпись ниже, я даю согласие на использование и/или предоставление информации о моем здоровье для проведения моего лечения и организации ухода за мной, для поиска и получения средств для оплаты предоставленных мне услуг, а также для осуществления коммерческой деятельности больницы и ее персонала.

Экземпляр пациента

Подпись пациента или личного представителя

Напишите имя пациента или личного представителя печатными буквами

Описание полномочий личного представителя

Дата

Если у вас есть какие-либо вопросы о данном уведомлении или вы хотели бы получить дополнительную информацию, пожалуйста, свяжитесь с нашим инспектором по вопросам конфиденциальности (Privacy Officer) по телефону (212) 774-7500.

For Office Use Only (только для служебного использования): If the patient does not sign this acknowledgement and consent form, record here the good faith efforts made to obtain this acknowledgement and consent.

Эта страница является вашим экземпляром подтверждения и согласия, которые вас попросили подписать при первом получении данного уведомления.