

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛИЧНОЙ ИНФОРМАЦИИ

Настоящее уведомление вступило в силу 14 апреля 2003 года. Редакция от июля 2025 года

**В НАСТОЯЩЕМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСЫВАЕТСЯ:
ВОЗМОЖНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАЗГЛАШЕНИЕ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ИНФОРМАЦИИ, И КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ К НЕЙ ДОСТУП.
ПРАВА, КОТОРЫЕ ВЫ ИМЕЕТЕ В СВЯЗИ СО СВОЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ИНФОРМАЦИЕЙ.**

**ПОРЯДОК ПОДАЧИ ЖАЛОБЫ В СВЯЗИ С НАРУШЕНИЕМ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ
ИЛИ БЕЗОПАСНОСТИ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ЛИБО В СВЯЗИ С
НАРУШЕНИЕМ ВАШИХ ПРАВ В СВЯЗИ С ИНФОРМАЦИЕЙ О ВАС.**

**ЕСЛИ У ВАС ВОЗНИКНУТ ВОПРОСЫ, ВЫ ИМЕЕТЕ ПРАВО ПОЛУЧИТЬ КОПИЮ
ЭТОГО УВЕДОМЛЕНИЯ (В БУМАЖНОЙ ИЛИ ЭЛЕКТРОННОЙ ФОРМЕ) И ОБСУДИТЬ
ЕГО С МЕДИЦИНСКИМ УЧРЕЖДЕНИЕМ, КОТОРОЕ ВАС ОБСЛУЖИВАЕТ.**

Внимательно прочтите его.

Уважаемый клиент учреждений округа Ориндж!

Ваши медицинская информация и сведения о лечении психических заболеваний являются личными и конфиденциальными. Администрация округа Ориндж стремится защитить вашу медицинскую информацию. Приведенные выше типы данных, которые мы создаем и храним, называются защищенной медицинской информацией (Protected Health Information, PHI). Федеральные законы и законы штата обязывают нас защищать конфиденциальность вашей медицинской информации и сведений о психическом здоровье, а также получить подписанное вами разрешение для их раскрытия.

Мы обязаны направить вам это уведомление о наших юридических обязательствах и порядке использования вашей медицинской информации, а также сведений о психическом здоровье. В настоящем уведомлении разъяснено, как мы можем законно использовать и раскрывать вашу PHI, а также описаны ваши права в отношении конфиденциальности вашей PHI. Мы обязаны выполнять все условия настоящего уведомления. Мы оставляем за собой право вносить поправки в настоящее уведомление и вводить его в действие для всей PHI, находящейся в нашем распоряжении.

Если у вас возникли вопросы и (или) вы хотите получить дополнительную информацию, позвоните в отдел по соблюдению требований Управления здравоохранения округа Ориндж (Orange County Health Care Agency Office of Compliance) по номеру (714) 568-5614 и (или) окружному инспектору по соблюдению конфиденциальности данных (County Privacy Officer) по номеру (714) 834-4082.

Благодарим вас за доверие и получение услуг в учреждениях округа Ориндж.

Случаи, когда мы можем использовать и раскрывать вашу PHI

Ваша конфиденциальность очень важна для нас. Наши врачи, клиницисты и персонал обязаны соблюдать конфиденциальность PHI клиентов/пациентов. Мы разработали политики, процедуры и другие меры безопасности для защиты вашей PHI от ненадлежащего использования и раскрытия. Ниже кратко описаны случаи использования и раскрытия вашей PHI, а также приведены некоторые примеры. В настоящем уведомлении перечислены не все случаи использования или раскрытия информации в той или иной категории. Однако все способы, которыми нам разрешено использовать и раскрывать вашу PHI, будут подпадать под одну из категорий. Способы использования и раскрытия информации о ВИЧ/СПИДе, а также алкогольной и/или наркотической зависимости отдельно описаны в настоящем уведомлении.

1. Лечение

Мы можем использовать и раскрывать вашу PHI, чтобы проводить лечение, курировать ваше дело, координировать уход или рекомендовать медицинское обслуживание и другие сопутствующие услуги (например, государственные и жилищные) либо направлять на них. Кроме того, мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию другим организациям в округе, таким как общественные ресурсы и поставщики, которые занимаются вашим лечением или задействованы в уходе за вами.

2. Оплата

Мы можем использовать или раскрывать вашу PHI для определения платежной ответственности администрации округа или для того, чтобы мы могли выставлять счета и взимать оплату за лечение и медицинские услуги, предоставляемые вам. Например, мы

можем включить в счет Medi-Cal или Medicare информацию, позволяющую установить ваши личность, диагноз и оказанные услуги, чтобы получить оплату.

3. Процессы в сфере здравоохранения

Мы можем использовать и раскрывать вашу PHI для поддержания деловой активности учреждений округа Ориндж. Например, эти сведения необходимы для анализа и оценки предлагаемых нами медицинских услуг или их улучшения. Кроме того, мы можем раскрывать вашу медицинскую информацию другим сотрудникам или партнерам, предоставляющим услуги по выставлению счетов, консультированию, аудиту, лицензированию, аккредитации, расследованию инцидентов, а также обеспечивающим медицинское обслуживание, в том числе в сфере психического здоровья, для округа Ориндж.

4. Требования законодательства

Мы можем использовать и раскрывать вашу PHI, если это требуется федеральным или местным законодательством либо законами штата. Например, во время проверки соответствия нормам министр здравоохранения и социальных служб США (Department of Health and Human Services, DHHS) может просматривать вашу PHI.

5. Партнеры

Некоторые услуги предоставляются при помощи подрядных организаций, именуемых партнерами. Мы можем заключать договоры с партнерами на выполнение определенных функций или деятельности от нашего имени, таких как оплата, процессы в сфере здравоохранения и/или медицинские услуги. Эти партнеры должны согласиться защищать вашу PHI. Мы раскрываем минимальный объем PHI, необходимый для того, чтобы партнеры могли выполнять определенные услуги. Мы обязуем партнеров надлежащим образом защищать вашу информацию. Примерами партнеров являются субподрядчики, которые создают, получают, хранят или передают PHI для либо от имени округа, компании по выставлению счетов, шлюзы для электронных рецептов, системы обмена медицинской информацией, поставщики услуг в сфере психического здоровья, а также поставщики электронных и личных медицинских документов.

6. Контроль здравоохранения

Мы можем раскрывать вашу PHI учреждениям на федеральном уровне или уровне штата, которые могут проводить аудиты, расследования, осуществлять контроль и проверять государственные программы медицинского страхования.

7. Деятельность в сфере общественного здравоохранения

Мы можем использовать и раскрывать вашу PHI органам здравоохранения или государственным учреждениям для сообщения об определенных заболеваниях, травмах, состояниях, болезнях и событиях, как того требует закон. Например, мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию местному правительственному учреждению, чтобы помочь ему в расследовании вспышки заболевания в данном районе или для соблюдения законов штата, регулирующих безопасность на рабочем месте.

8. Случаи жестокого обращения, пренебрежения или домашнего насилия

Мы можем раскрывать вашу PHI другим государственным учреждениям, чтобы сообщить о подозрении в жестоком обращении, пренебрежении или домашнем насилии. Мы раскроем эту информацию только с вашего согласия, если этого требует закон или если это необходимо для защиты кого-либо от серьезного вреда.

9. Судебные иски и правовые меры

Мы можем использовать и раскрывать вашу PHI в ответ на судебное или административное распоряжение, определенные судебные запросы либо другие юридические процедуры. Мы также можем использовать и раскрывать PHI в пределах, дозволенных законом, без вашего разрешения, например, для защиты от судебного или арбитражного иска.

10. Принудительное исполнение законодательства

Мы можем раскрывать вашу PHI, чтобы: помочь найти или идентифицировать пропавшего человека, подозреваемого либо скрывающегося от правосудия, при подозрении, что смерть наступила в результате преступных действий; сообщить о преступлении, которое произошло в наших медицинских или офисных учреждениях; сообщить о некоторых видах ран, травм либо смертей, которые могут быть результатом преступления, уполномоченным должностным лицам, таким как полиция, офис шерифа или ФБР, в целях обеспечения правопорядка и в ответ на судебные процессы, такие как ордер на обыск или распоряжение суда.

11. Коронеры, медицинские эксперты и представители похоронных бюро

Мы можем раскрыть вашу PHI представителям похоронных бюро, коронерам и медицинским экспертам для проведения идентификации тела, определения причины смерти или выполнения других должностных обязанностей.

12. Донорство органов и тканей

Мы можем использовать или раскрывать вашу PHI организациям, которые занимаются донорством и трансплантацией органов, глаз или тканей.

13. Исследования

Мы можем использовать и раскрывать вашу PHI для проведения исследований, если это одобрено Экспертным советом нашего учреждения (Institutional Review Board, IRB). IRB — это комитет, который в соответствии с федеральным законодательством отвечает за проверку и утверждение исследований на людях с целью защиты безопасности участников и конфиденциальности PHI.

14. Предотвращение серьезной и неминуемой угрозы здоровью или безопасности

Мы можем использовать или раскрывать вашу PHI, если считаем, что это необходимо для предотвращения либо уменьшения серьезной и неминуемой угрозы вашему или чьему-либо здоровью или безопасности.

15. Заключение

Заключенным не обязательно получать уведомление о порядке использования личной информации. Если вы являетесь заключенным исправительного учреждения или находитесь под стражей правоохранительных органов, мы можем раскрыть вашу PHI исправительному учреждению или представителю правоохранительных органов для определенных целей, например для защиты вашего или чьего-либо здоровья и безопасности.

16. Военная деятельность и национальная безопасность

Мы можем использовать или раскрывать PHI военнослужащих соответствующим военным властям, если они считают, что это необходимо для надлежащего выполнения военных задач. Мы также можем раскрывать вашу PHI уполномоченным представителям федеральных служб, если это необходимо для обеспечения национальной безопасности

и разведывательной деятельности либо для защиты президента и других государственных служащих и высокопоставленных лиц.

17. Правительственные программы для получения государственных пособий

Мы можем использовать или раскрывать вашу PHI, чтобы помочь вам получить право на участие в государственных программах, таких как Medicare, Medi-Cal, «Дополнительный доход по социальному обеспечению» (Supplemental Security Income), или других пособиях либо услугах. Мы также можем связаться с вами, чтобы рассказать о возможных вариантах лечения или связанных со здоровьем пособиях и услугах.

18. Компенсационные выплаты работникам

Мы можем использовать или раскрывать вашу PHI в целях соблюдения законов о компенсационных выплатах работникам, а также подобных программ, в рамках которых предоставляются пособия в связи с полученными на работе травмами или заболеваниями. Например, мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию о полученных на работе травме или заболевании специалистам по урегулированию претензий, страховым компаниям и другим лицам, ответственным за оценку вашего заявления на получение компенсационных выплат работникам.

19. Семья и друзья, участвующие в вашем лечении или оплачивающие его

Мы можем раскрыть вашу PHI другу, члену семьи или любому другому лицу, которое участвует в вашем лечении или оплачивает его. Например, вы можете привести друга или члена семьи на прием к врачу и пригласить его в смотровой кабинет во время беседы с медицинским работником. Вы можете сообщить нам в устной или письменной форме о своем несогласии с раскрытием информации вашим родственникам и друзьям.

20. Раскрытие информации в случае оказания помощи при стихийных бедствиях

Мы можем раскрывать ваше имя, город проживания, возраст, пол и общее состояние здоровья государственной или частной организации по оказанию помощи при стихийных бедствиях, чтобы предоставить необходимую медицинскую помощь или помочь вам найти членов своей семьи.

21. Раскрытие информации родителям как личным представителям несовершеннолетних

В большинстве случаев мы можем раскрывать вам PHI вашего несовершеннолетнего ребенка. Однако в некоторых ситуациях мы имеем право, а иногда и обязаны по закону, отказать вам в доступе к такой информации. Примером ситуации, когда мы должны отказать в таком доступе, исходя из типа медицинского обслуживания, является случай, когда несовершеннолетний в возрасте 12 лет и старше обращается за медицинской помощью в связи с инфекционным заболеванием или состоянием. Еще один такой пример — когда несовершеннолетние имеют право принимать самостоятельные решения о медицинском обслуживании. К таким несовершеннолетним относятся, например, лица, которые состояли или состоят в браке либо имеют решение суда об эмансипации.

22. Напоминания о приемах

Мы можем использовать предоставленную вами PHI, чтобы напомнить вам о предстоящих приемах или других необходимых вам медицинских услугах.

23. Данные о вакцинации

С письменного или устного разрешения родителя, опекуна, другого лица, заменяющего родителя, или эмансипированного несовершеннолетнего мы можем раскрыть подтверждение вакцинации вашего ребенка образовательному учреждению и/или информацию о ребенке, который является учащимся либо будущим учащимся, в соответствии с требованиями законов штата или другого законодательства.

24. Подтверждение личности

Мы можем сфотографировать вас в целях идентификации личности. Ваша фотография может быть сохранена в вашей медицинской карте. При желании вы можете отказаться от фотографирования, связавшись со своим врачом.

25. Обмен медицинской информацией

Мы можем обмениваться вашей медицинской информацией в электронном виде с другими поставщиками медицинских услуг за пределами нашего учреждения, которые участвуют в вашем лечении.

В целях лечения мы можем участвовать в обмене медицинской информацией (Health Information Exchange, HIE). HIE — это электронная система, которая позволяет зарегистрированным в ней поставщикам медицинских услуг обмениваться информацией о пациентах в соответствии с федеральными законами и законами штата о конфиденциальности. Если вы хотите отказаться от участия в этом процессе, мы будем передавать вашу медицинскую информацию в электронном виде участвующим в программе поставщикам медицинских услуг, если это необходимо для лечения. Медицинская информация пациента, которая в настоящее время по закону требует подписанного разрешения на раскрытие, не будет передаваться в HIE без вашего согласия. Если вы решите согласиться, для этой цели будет получено специальное подписанное разрешение на раскрытие информации.

Чтобы отказаться от участия в HIE, вы можете в любой момент обратиться к своему поставщику медицинских услуг.

26. Ведение электронной медицинской документации

Мы можем использовать электронную медицинскую документацию для хранения и получения вашей медицинской информации. Одно из преимуществ такой документации — возможность делиться и обмениваться медицинскими данными между персоналом и другими поставщиками услуг, участвующими в вашем лечении. Внося ваши сведения в электронную медицинскую документацию, мы можем обмениваться ими с помощью объединенных медицинских баз данных или соответствующих систем. Мы также можем получать информацию о вас от других поставщиков медицинских услуг в сообществе, которые участвуют в вашем лечении, используя общие базы данных или соответствующие системы. Если у вас есть вопросы или опасения по поводу совместного использования или обмена вашей информацией, обсудите их с вашим поставщиком.

27. Общение с членами семьи и другими лицами при вашем присутствии

Иногда член семьи или другой человек, участвующий в вашем лечении, будет присутствовать при обсуждении с вами PHI. Если вы возражаете, сообщите нам об этом, и мы не будем обсуждать вашу PHI в присутствии этого человека.

28. Общение с членами семьи и другими лицами, когда вы не присутствуете

Могут возникнуть ситуации, когда необходимо раскрыть вашу PHI члену семьи или другим лицам, участвующим в вашем уходе, потому что возникла чрезвычайная ситуация

или вы не способны принимать решения, чтобы согласиться или возразить. В таких случаях мы будем использовать наше профессиональное суждение, чтобы определить, соответствует ли раскрытие вашей PHI вашим интересам. Если да, мы ограничим раскрытие PHI информацией, имеющей непосредственное отношение к участию данного лица в вашем лечении. Например, мы можем раскрыть информацию о вашем потенциальном заражении инфекционным заболеванием, требующим немедленного вмешательства.

Использование и раскрытие вашей PHI, требующее вашего письменного разрешения

Мы получим ваше письменное разрешение в виде согласия на другие виды использования и раскрытия вашей PHI, не предусмотренные настоящим уведомлением. Вы можете в любое время отозвать разрешение в письменном виде, и мы прекратим раскрытие вашей PHI по причинам, указанным в вашем письменном разрешении. Информация, раскрытая до отзыва разрешения, не затрагивается отзывом.

Повторное раскрытие защищенной медицинской информации

Информация, раскрытая в соответствии с этим уведомлением, может быть повторно раскрыта получателем и после раскрытия больше не защищена.

Использование и раскрытие информации о ВИЧ/СПИДе

Законодательство штата Калифорния обеспечивает повышенную защиту информации о ВИЧ/СПИДе. Как правило, мы должны получить ваше письменное согласие, специально разрешающее раскрытие результатов тестирования на ВИЧ/СПИД, для каждого отдельного случая. Мы можем раскрывать результаты вашего тестирования на ВИЧ/СПИД без вашего разрешения и в соответствии с требованиями законов штата о предоставлении информации в целях расследования, контроля или наблюдения в области общественного здравоохранения. Кроме того, без специального разрешения пациента эти данные могут быть раскрыты поставщику медицинских услуг для непосредственных целей диагностики, ухода или лечения пациента.

Врач, который заказывает тест на ВИЧ от вашего имени, может раскрыть его результаты вашим поставщикам медицинских услуг для целей, связанных с диагностикой, уходом или лечением.

Использование и раскрытие записей о расстройствах, связанных со злоупотреблением наркотических веществ и алкоголя

Конфиденциальность ваших записей о расстройствах, связанных со злоупотреблением наркотических веществ и алкоголя, защищена главой 290dd-2 раздела 42 Свода законов США (United States Code, USC) и правилами Министерства здравоохранения и социальных служб (Department of Health and Human Services, HHS) в части 2 раздела 42 Свода федеральных нормативных актов (Code of Federal Regulations, CFR) [Конфиденциальность сведений о лечении пациентов с зависимостью от психоактивных веществ]. Как правило, мы не имеем права раскрывать информацию о вашем участии в программе или о том, что вы страдаете алкогольной или наркотической зависимостью, посторонним лицам, за исключением случаев, когда:

- (1) Вы дали письменное согласие.
- (2) Раскрытие информации необходимо для предотвращения многократных зачислений в программу по части 2 раздела 42 CFR.
- (3) Раскрытие информации разрешено распоряжением суда.

- (4) Информация раскрывается медицинскому персоналу в той степени, в которой это необходимо для удовлетворения подлинной медицинской помощи.
- (5) Раскрытие осуществляется с целью проведения научных исследований.
- (6) Раскрытие осуществляется для определенных целей аудита и/или оценки.

Согласно федеральным законам и нормативным актам, нашей программе разрешено передавать информацию, идентифицирующую вашу личность, правоохранительным органам или должностным лицам в связи с преступлением, совершенным вами в нашей программе или в отношении любого лица, которое работает в помещениях программы, либо в связи с угрозой совершения такого преступления.

Согласно федеральным законам и нормативным актам, нашей программе разрешено сообщать в соответствии с законодательством штата информацию, идентифицирующую вашу личность, о вашей связи со случаями подозрения в жестоком обращении с детьми или пренебрежении ими соответствующим органам штата либо местным учреждениям.

После получения от вас письменного согласия единое согласие может быть использовано для всех последующих случаев использования или раскрытия информации в целях лечения, оплаты и операций в сфере здравоохранения.

Записи или свидетельские показания, отражающие их содержание, не должны использоваться или раскрываться в ходе каких бы то ни было гражданских, административных, уголовных или законодательных разбирательств против вас, если только они не основаны на специальном письменном согласии или постановлении суда. Записи могут быть использованы или раскрыты только по решению суда после того, как вам или владельцу записи будет предоставлено уведомление и возможность быть услышанным, если это требуется в соответствии с пунктом 290dd-2 раздела 42 Свода законов США (United States Code, USC) и частью 2 раздела 42 Свода федеральных постановлений США (Code of Federal Regulations, CFR). Судебный приказ, разрешающий использование или раскрытие, должен сопровождаться повесткой в суд или другим аналогичным юридическим предписанием, требующим раскрытия информации, прежде чем запись будет использована или раскрыта.

Записи, которые раскрываются программе части 2, покрываемой организацией или деловому партнеру в соответствии с вашим письменным согласием на лечение, оплату и операции в сфере здравоохранения могут быть далее раскрыты этой программой части 2, покрываемой организацией или деловым партнером, без вашего письменного согласия, в той степени, в которой такое раскрытие разрешено правилами Закона об ответственности и переносе данных о страховании здоровья граждан (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

Вы имеете право получить список раскрытых посредником сведений за последние 3 года.

Вы имеете право обсудить это уведомление со своим поставщиком услуг, округом и (или) отделом по соблюдению требований Управления здравоохранения.

Если вы считаете, что конфиденциальность вашей информации, защищенной главой 290dd-2 раздела 42 USC и частью 2 раздела 42 CFR, была нарушена, вы можете обратиться в федеральную прокуратуру США (Центральный округ в штате Калифорния, филиал в г. Санта-Ане) по адресу 411 W. Fourth Street, Suite 8000, Santa Ana, CA 92701 или по номеру телефона (855) 898 3957.

Ваши права в отношении PHI

1. Право на просмотр и копирование вашей PHI

За некоторыми исключениями вы имеете право просмотреть или получить копию вашей PHI, которую мы храним в записях, связанных с вашим лечением, решениями о нем либо его оплатой. Вы имеете право просматривать свои записи в любом формате, в котором они хранятся в округе Ориндж, и можете направить их третьей стороне. Ваш запрос должен быть подан в письменном виде, и за копирование, пересылку, а также любые другие расходы, связанные с его выполнением, может взиматься плата. В ограниченных случаях мы можем отклонить некоторые или все ваши запросы на просмотр либо получение копий ваших записей. В случае отказа мы сообщим вам причину в письменном виде и объясним ваше право, если таковое имеется, на пересмотр нашего отказа.

- Заключительное правило Закона о методах лечения 21-го века (^{21st} Century Cures Act Final Rule) определяет исключения из вашего права на доступ к вашей защищенной медицинской информации (Protected Health Information, PHI). Возможны ситуации, когда мы можем отказать вам в доступе к вашей PHI, если применяется исключение в соответствии с Заключительным правилом о блокировании информации (Information Blocking Final Rule). Однако если исключение не применяется и мы не предоставляем вам доступ к вашей PHI, как того требует закон, это может считаться блокированием информации. Если вы считаете, что вам неправомерно отказали в доступе к вашей PHI, вы можете подать жалобу в отдел по соблюдению требований Управления здравоохранения округа Ориндж (Office of Compliance, ООС) или в Управление национального координатора по информационным технологиям в здравоохранении (Office of the National Coordinator, ONC). Жалобы в ONC можно подать здесь: <https://inquiry.healthit.gov/support/plugins/servlet/desk/portal/6>

2. Право на просмотр и копирование результатов лабораторных исследований

Вы имеете право просматривать и копировать PHI, включающую результаты лабораторных анализов или отчеты Государственной лаборатории округа Ориндж (County of Orange Public Health Laboratory), после прохождения соответствующей процедуры аутентификации. Запрос необходимо подать в письменном виде, и за копирование, пересылку, а также любые другие расходы, связанные с его выполнением, может взиматься плата.

3. Право требовать внесения поправок

Вы имеете право потребовать, чтобы мы исправили или дополнили вашу PHI, если считаете, что в ней есть ошибка либо отсутствуют важные данные. Запрос необходимо составить в письменной форме, в нем должно быть объяснено, какие исправления или дополнения вы запрашиваете, и указаны причины, по которым их требуется сделать. Мы дадим письменный ответ после рассмотрения вашего запроса. В случае одобрения мы внесем поправки в вашу PHI.

Мы можем отказать вам, если требование не будет подано в письменной форме или если в нем не будет указано основание для внесения изменений. Мы также можем отказать вам, если:

- Информация в вашей документации верна и точна.
- Информация в вашей записи была создана не нами или лицом, создавшим ее, больше не может внести изменения.

- Информация не является частью сведений, которые вам разрешено проверять и копировать.

Если мы отклоним ваш запрос на внесение изменений, то сообщим вам причину и объясним ваше право подать письменное заявление о несогласии. Объем вашего заявления не должен превышать пяти страниц. Вы должны четко сообщить нам в письменном виде, хотите ли вы, чтобы мы включили ваше заявление о несогласии вместе с вашим первоначальным запросом на внесение изменений и нашим письменным отказом в будущие раскрытия этой части вашей медицинской карты.

4. Право на отчетность по случаям раскрытия информации

Вы имеете право запросить список случаев раскрытия вашей PHI. Запрос должен быть сделан в письменной форме и может включать лишь случаи, произошедшие в период с даты вашего запроса и до шести лет до даты вашего запроса.

Чтобы запросить отчет, вы можете написать нам по адресу Orange County Health Care Agency, Custodian of Records, P.O. Box 355, Santa Ana, CA 92702 или потребовать форму запроса на отчетность по случаям раскрытия информации (Accounting of Disclosures Request), которая находится на сайте <http://ochealthinfo.com/about/admin/programs/records>. Вы имеете право на один бесплатный отчет за любой 12-месячный период. Если вы запросите дополнительные отчеты менее чем через 12 месяцев, мы можем взимать с вас плату.

В этот перечень не будут включены случаи раскрытия информации:

- на которые вы предоставили подписанное разрешение;
- для осуществления лечения, оплаты и процессов в сфере здравоохранения;
- для членов семьи или друзей, участвующих в вашем лечении или уходе;
- для тюрем, исправительных учреждений или правоохранительных органов;
- на которые не распространяется право на отчетность.

Для электронной медицинской документации учет случаев раскрытия информации также включает раскрытия вашей PHI, сделанные для осуществления лечения, оплаты и процессов в сфере здравоохранения. Это требование распространяется только на случаи раскрытия информации в течение трехлетнего периода до вашего запроса и после 1 января 2014 года.

5. Право запрашивать ограничения на использование и раскрытие PHI

Вы имеете право запросить ограничение того, как мы используем или раскрываем вашу PHI для лечения, оплаты или в целях выполнения процессов в сфере здравоохранения. Например, вы можете попросить нас ограничить информацию, которой мы делимся с лицом, участвующим в вашем лечении или его оплате. Вы также можете попросить ограничить раскрытие информации вашему(-ей) супругу (супруге). Мы можем попросить вас предоставить этот запрос в письменном виде, а затем рассмотрим его. Если он будет одобрен, мы не будем использовать или раскрывать PHI в нарушение такого ограничения, за исключением случаев, когда мы считаем, что эта информация требуется по закону или для предоставления вам необходимого медицинского лечения либо ухода.

Мы не обязаны выполнять ваш запрос, за исключением того, что вы имеете право ограничить раскрытие информации медицинскому плану, страховщику для целей оплаты

или для целей выполнения процессов в сфере здравоохранения, а также партнеру, если вы или кто-то от вашего имени полностью оплачивает медицинские товары либо услуги на момент запроса об ограничении. Однако мы все равно можем раскрыть информацию медицинскому плану, страховщику или партнеру для целей лечения, либо если это требуется по закону.

Если услуги не оплачиваются полностью и из собственных средств вами или кем-то от вашего имени, мы не обязаны соглашаться на ваш запрос об ограничении использования либо раскрытия PHI для лечения, оплаты или выполнения процессов в сфере здравоохранения. Мы рассмотрим все поданные запросы и в случае отклонения уведомим вас об этом в письменном виде.

Запрос на ограничение использования или раскрытия вашей PHI в целях оплаты либо выполнения процессов в сфере здравоохранения необходимо подать до получения услуг. Для этого напишите нам по адресу Orange County Health Care Agency, Custodian of Records, P.O. Box 355, Santa Ana, CA 92702 или заполните форму в связи с правом запрашивать ограничения (Right to Request Restrictions), которая находится на сайте <http://ochealthinfo.com/about/admin/programs/records>.

6. Право на запрос конфиденциального способа связи

Вы имеете право запросить способ связи, который позволит сохранять вашу конфиденциальность. Например, вы можете попросить, чтобы мы звонили вам только на ваш рабочий номер или отправляли почту по специальному адресу. Ваш запрос должен быть составлен в письменном виде и содержать указание на то, как или где мы должны с вами связаться. Мы удовлетворим все приемлемые запросы.

Если ваша PHI хранится в электронном виде, вы можете запросить копию документов в электронном формате, предлагаемом округом Ориндж. Вы также можете направить в округ Ориндж специальный письменный запрос на передачу электронной копии назначенной третьей стороне.

Если стоимость удовлетворения вашего запроса превышает разумную дополнительную сумму, мы имеем право взыскать с вас расходы, превышающие эту сумму.

7. Право на отмену разрешения

Вы имеете право в любое время отменить или отозвать свое письменное разрешение на использование и раскрытие PHI. Об отзыве следует сообщить в письменном виде. В таком случае мы прекратим передачу вашей PHI. Однако мы не сможем отозвать информацию, которая уже была использована или передана, пока разрешение было действительным.

По закону учреждения округа обязаны вести записи о медицинском обслуживании, которое вы получаете в округе, независимо от того, даете ли вы нам письменное разрешение на их использование или передачу. Вы не имеете права на удаление информации из ваших документов.

8. Право на получение бумажного экземпляра этого уведомления

Если вы не являетесь заключенным, вы имеете право получить бумажную копию этого уведомления в любое время по вашему запросу.

9. Уведомление об утечке информации

В случае утечки вашей незащищенной PHI администрация округа уведомит вас об обстоятельствах этого инцидента.

10. Право подачи жалоб

Если у вас возникли вопросы по поводу настоящего уведомления, ваших прав на конфиденциальность или вы считаете, что эти права были нарушены, вы можете позвонить в отдел по соблюдению требований Управления здравоохранения округа Ориндж по номеру (714) 568-5614, окружному инспектору по соблюдению конфиденциальности данных по номеру (714) 834-4082, заполнить форму жалобы на странице <https://ochealthinfo.com/providers-partners/policies-procedures/hipaa-privacy/file-complaint> или написать нам по адресу электронной почты HIPAA@ochca.com.

Вы также имеете право подать жалобу непосредственно министру здравоохранения и социальных служб США по адресу DHHS, Region IX Office for Civil Rights, 90 7th Street, Suite 4 100, San Francisco, CA 94103 или позвонить по номеру (800) 368 1019, текстофон: (800) 537 7697. Жалобу необходимо составить в письменном виде и отправить по факсу, обычной или электронной почте в течение 180 дней с момента, когда вы узнали о нарушении.

Администрация округа Ориндж уважает ваше право выражать беспокойство по поводу конфиденциальности. Вас не будут наказывать и штрафовать, вам не будут угрожать и против вас не будут применять ответные действия за то, что вы задаете вопросы либо подаете жалобу.

Наша ответственность

Мы обязаны соблюдать условия настоящего уведомления, пока оно действует. Мы оставляем за собой право в любое время вносить изменения в настоящее уведомление и порядок использования личной информации. Изменения в нашем порядке использования личной информации будут применяться к любой PHI, которая уже имеется у нас, а также к PHI, которую мы будем создавать или получать в будущем. Если программы округа Ориндж являются вашим медицинским страховым планом, мы отправим вам новое уведомление в случае внесения существенных изменений. Мы также вывесим новое уведомление и сделаем его доступным в клиниках округа в зонах ожидания или на стойке регистрации. Уведомление также будет доступно на веб-сайте округа, посвященном закону «О преемственности страхования и отчетности в области здравоохранения» (Health Insurance Portability And Accountability Act, HIPAA), по адресу <http://ochealthinfo.com/about/admin/hipaa/npp>

Уведомление о недопущении дискриминации [ЗАКОН О ДОСТУПНОМ МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ (AFFORDABLE CARE ACT, ACA), часть 92 раздела 45 CFR]

Управление по вопросам здравоохранения округа Ориндж (Orange County Health Care Agency) соблюдает соответствующие федеральные законы о гражданских правах и не допускает дискриминации по признакам расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, возраста, наличия инвалидности или пола. Его сотрудники не допускают дискриминации и особого отношения к людям на основании их расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, возраста, наличия инвалидности или пола.

Управление по вопросам здравоохранения округа Ориндж:

- Предоставляет бесплатные вспомогательные средства и услуги лицам с инвалидностью

для эффективного общения с нами, в частности:

- услуги квалифицированных сурдопереводчиков;
 - письменную информацию в других форматах (крупным шрифтом, в доступных электронных и прочих форматах, в т. ч. в виде аудиозаписей).
- Предоставляет бесплатные услуги языковой поддержки лицам, для которых английский не является родным языком, в том числе:
 - услуги профессиональных переводчиков;
 - письменную информацию на других языках.

Если вам необходимы эти услуги, обратитесь к нашим сотрудникам.

Если у вас возникли трудности с получением этих услуг, вы считаете, что подверглись дискриминации, или хотите подать жалобу, связанную с какими-либо из этих услуг или политик, вы можете подать жалобу лично, по факсу, обычной или электронной почте, используя приведенные ниже контактные данные. Kelly K. Sabet, координатор по соблюдению гражданских прав (Civil Rights Coordinator) Управления здравоохранения округа Ориндж, может помочь вам.

Orange County Health Care Agency

Attn: Civil Rights Coordinator, Office of Compliance

405 W. 5th Street, Santa Ana, CA 92701,

Тел.: 714 568-5787, текстотфон: 711, факс: 714 834 6595, электронная почта:

officeofcompliance@ochca.com.

Вы также вправе подать жалобу по факту нарушения гражданских прав в Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights) Министерства здравоохранения и социальных служб США на специальном портале <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> либо по почте или телефону:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (текстотфон)

Формы жалоб доступны на странице <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Услуги языковой помощи

#	Language	Tagline
	English	ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-714-568-5787 (TTY: 711).
1	Spanish	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-714-568-5787 (TTY: 711).
2	Chinese	注意：如果您使用繁體中文。您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-714-568-5787 (TTY: 711)
3	Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-714-568-5787 (TTY: 711).
4	Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-714-568-5787 (TTY: 711).
5	Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-714-568-5787 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
6	Armenian	ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ձանգահարեք 1-714-568-5787 (TTY: 711) հեռախոսով
7	Persian (Farsi)	توجه : اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. تماس بگیرید. 1-714-568-5787 (TTY: 711).
8	Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-714-568-5787 (телетайп: 711).
9	Japanese	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-714-568-5787 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。
10	Arabic	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم رقم هاتف الصم والبكم: (711) 1-714-568-5787
11	Punjabi	ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-714-568-5787 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
12	Monn-Khmer, Cambodian	ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អលក្ខណ៍គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-714-568-5787 (TTY: 711)។
13	Hmong	LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-714-568-5787 (TTY: 711).
14	Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-714-568-5787 (TTY: 711) पर कॉल करें।
15	Thai	เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-714-568-5787 (TTY: 711).