



THE OHIO STATE UNIVERSITY

WEXNER MEDICAL CENTER

Совместное уведомление о политике конфиденциальности

Дата вступления в силу: 1 декабря 2016 г.

Совместное уведомление о политике конфиденциальности

**Ваша информация.
Ваши права.
Наши обязанности.**

В настоящем документе приводятся правила использования и раскрытия вашей медицинской информации, а также порядок предоставления вам доступа к этой информации. **Внимательно изучите этот документ.**

Ваши права

Вы имеете право:

- Получить электронную или бумажную копию своей медицинской карты
- Обратиться к нам с просьбой о внесении изменений в вашу медицинскую карту
- Отправить запрос о конфиденциальной передаче ваших личных данных
- Потребовать ограничить объем используемой или распространяемой нами вашей медицинской информации
- Получить список лиц, кому мы раскрыли вашу медицинскую информацию
- Получить копию данного уведомления о политике конфиденциальности
- Выбрать лицо, представляющее ваши интересы
- Подать жалобу, если вы считаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены

➤ Для получения дополнительной информации об этих правах см. стр. 3 и 4

Ваши возможности

Вы можете ограничить способ использования и раскрытия нами вашей медицинской информации в следующих случаях:

- При необходимости сообщить вашим родственникам и друзьям о вашем состоянии
- При оказании помощи в случае бедствий
- При включении вас в данные регистратуры, когда вас вносят в список пациентов больницы
- При предоставлении психиатрической помощи
- При продвижении на рынке наших услуг и продаже вашей медицинской информации с вашего письменного разрешения
- При сборе средств

➤ Для получения дополнительной информации о возможностях выбора см. стр. 4

Использование и раскрытие информации нами

Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию, когда мы

- Лечим вас
- Осуществляем деятельность нашего учреждения
- Выставляем счета за услуги
- Помогаем в решении вопросов общественного здравоохранения и безопасности
- Проводим исследования
- Действуем в соответствии с законодательством
- Реагируем на запросы о донорстве органов и тканей
- Сотрудничаем с судебно-медицинским экспертом или управляющим похоронным бюро
- Имеем дело с запросами сотрудников правоохранительных и других государственных органов, а также организаций, занимающихся компенсацией ущерба работникам
- Реагируем на судебные процессы и юридические действия

➤ Для получения дополнительной информации об этих случаях использования и раскрытия информации см. стр. 4 и 5

Ваши права

У вас есть определенные права в отношении вашей медицинской информации.

В этом разделе объясняются ваши права и некоторые из наших обязанностей по оказанию вам помощи.

Получить электронную или бумажную копию своей медицинской карты

- Вы можете просмотреть свою медицинскую карту и другую медицинскую информацию, касающуюся вас, или получить их электронную или бумажную копию.
- Мы обязуемся предоставить вам копию или выписку из ваших медицинских документов, как правило, в течение 30 дней с момента вашего запроса. Мы вправе взыскать за это плату, начисленную исходя из затрат.
- Вы можете запросить копию своей медицинской карты, заполнив форму разрешения на раскрытие медицинской информации и отправив ее в отдел по работе с медицинской информацией по адресу Medical Information Management, Attention Release of Information, N113 Doan Hall, 410 W. 10th Ave., Columbus, OH 43210 или руководству учреждения, в котором вам оказывали медицинскую помощь.

Обратиться к нам с просьбой о внесении изменений в вашу медицинскую карту

- Если вы считаете, что наша медицинская информация о вас не является достоверной или полной, вы можете обратиться к нам с просьбой внести изменения.
- Мы можем отказать вам в этой просьбе, но обязуемся письменно сообщить причину отказа в течение 60 дней.
- Вы можете подать запрос на внесение изменений, заполнив форму запроса о внесении изменений в медицинскую карту и отправив ее административному директору отдела по работе с медицинской информацией по адресу 600 Ackerman Road, Room E2098, Columbus, OH 43202.

Отправить запрос о конфиденциальной передаче личных данных

- Вы можете попросить нас связываться с вами определенным способом (например, по домашнему или рабочему телефону) или отправлять почту на другой адрес.
- Мы обязуемся удовлетворять все разумные просьбы.
- Если вы хотите направить просьбу о конфиденциальной передаче информации, вы должны заполнить соответствующую форму и отправить ее административному директору отдела по работе с медицинской информацией по адресу 600 Ackerman Road, Room E2098, Columbus, OH 43202.

Особое уведомление в отношении электронной почты

- Система здравоохранения признает, что пациенты могут предпочитать такой способ связи, как электронная почта.
- Имейте в виду, что передача информации по электронной почте может быть небезопасной. Существует вероятность, что информация о вас могут перехватить и прочесть другие люди. Мы обязуемся получить ваше разрешение, прежде чем использовать незащищенную электронную почту для передачи вам сведений о предоставляемых вам медицинских услугах, включая вашу медицинскую информацию.
- Если вы сообщите нам свой адрес электронной почты, мы сможем отправлять вам информацию о наших продуктах и услугах, советы по здоровому образу жизни и сообщения об открытии новых учреждений.
- Пациенты также спрашивают нас, могут ли они использовать электронную почту для связи с организациями, предоставляющими им медицинские услуги. Мы предпочитаем, чтобы пациенты по возможности использовали для безопасной переписки с такими организациями систему OSUMyChart, поскольку использование электронной почты связано с рисками в плане безопасности.

Потребовать ограничить объем используемой или распространяемой информации

- Вы можете обратиться к нам с просьбой не использовать или не раскрывать определенную медицинскую информацию в целях лечения, оплаты расходов или предоставления услуг. Мы имеем право отказать вам в удовлетворении вашей просьбы, если она может повлиять на ваше лечение.
- Если вы самостоятельно полностью оплачиваете предоставленную вам услугу или медицинскую процедуру, вы можете обратиться к нам с просьбой не раскрывать эту медицинскую информацию вашей страховой компании. Мы обязуемся удовлетворить вашу просьбу за исключением случаев, когда раскрытие такой информации требуется по закону.
- Вы можете подать запрос, заполнив форму запроса об ограничении доступа к защищенной медицинской информации и отправив ее административному директору отдела по работе с медицинской информацией по адресу 600 Ackerman Road, Room E2098, Columbus, OH 43202.

Получить список лиц, которым мы раскрыли вашу медицинскую информацию

- Вы можете запросить список случаев раскрытия нами вашей медицинской информации за шесть лет, предшествующих дате просьбы, с указанием лиц, которым была раскрыта информация, и причин раскрытия.
- Мы обязуемся включить все случаи раскрытия информации, за исключением тех, которые касаются лечения, оплаты расходов и предоставления медицинских услуг, а также других случаев, когда мы раскрывали информацию по вашей просьбе. Один список в год предоставляется бесплатно. Однако, если вы запросите еще один список в течение 12 месяцев, то мы потребуем с вас плату, начисленную исходя из затрат.

Получить копию данного уведомления о политике конфиденциальности

Выбрать лицо, представляющее ваши интересы

- Вы можете запросить список случаев раскрытия вашей медицинской информации, заполнив форму запроса на получение такого списка и отправив ее административному директору отдела по работе с медицинской информацией по адресу 600 Ackerman Road, Room E2098, Columbus, OH 43202.
- Вы можете в любое время запросить бумажную копию этого уведомления, даже если вы согласились получить уведомление в электронном виде. Мы предоставим вам бумажную копию.

- Если вы предоставили кому-либо доверенность на право представлять ваши интересы как пациента или кто-либо является вашим законным опекуном, это лицо может реализовать ваши права и принимать решения в отношении вашей медицинской информации.
- Прежде чем предпринимать какие-либо действия, мы обязуемся удостовериться, что это лицо обладает необходимыми полномочиями и может представлять ваши интересы.

Ваши возможности выбора

Вы можете выбрать, что из определенной медицинской информации мы можем раскрывать. Если у вас есть четкое мнение относительно раскрытия вашей медицинской информации в ситуациях, описанных ниже, сообщите нам, и мы будем следовать вашим указаниям.

В этих случаях у вас есть как право, так и возможность потребовать от нас:

- Раскрыть медицинскую информацию вашей семье, близким друзьям или другим лицам, участвующим в вашем лечении
- Раскрыть медицинскую информацию при оказании помощи в случае бедствий
- Включить вашу медицинскую информацию в данные регистратуры, если вы являетесь пациентом больницы

Если вы не можете выразить свое мнение, например при потере сознания, мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию, если решим, что это в ваших интересах. Мы также можем раскрыть вашу медицинскую информацию, когда это требуется для уменьшения серьезной и непосредственной угрозы здоровью или безопасности других лиц.

Мы обязуемся никогда не раскрывать вашу медицинскую информацию без вашего письменного разрешения в следующих случаях:

- Маркетинговые цели, в соответствии с Актом о страховании здоровья и ведении отчетности (HIPAA)
- Продажа вашей информации другим лицам
- Большинство случаев предоставления психотерапевтических данных

В случае сбора средств:

- Мы можем связываться с вами по поводу мероприятий по сбору средств. Однако вам будет предоставлена возможность прекратить получение таких сообщений.

Использование раскрытие информации нами

Каким образом мы обычно используем или раскрываем вашу медицинскую информацию?

Обычно мы используем или раскрываем вашу медицинскую информацию следующим образом:

Для вашего лечения

- Мы можем использовать вашу медицинскую информацию и раскрывать ее другим специалистам, лечащим вас.

Пример: врач, лечащий полученную вами травму, спрашивает другого врача об общем состоянии вашего здоровья.

Для осуществления деятельности нашего учреждения

- Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию для работы нашей системы здравоохранения, улучшения оказания помощи вам и для связи с вами в случае необходимости.

Пример: мы используем медицинскую информацию о вас для вашего лечения и оказания услуг.

Для выставления счетов за оказанные вам услуги

- Мы можем использовать и раскрывать вашу медицинскую информацию для выставления счетов и получения платежей по программам медицинского страхования или от других организаций.

Пример: мы предоставляем информацию о вас вашей страховой организации, чтобы она оплатила оказанные вам услуги.

Как еще мы можем использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию? Мы имеем право или обязаны раскрывать вашу медицинскую информацию по другим причинам, например с целью решения вопросов общественного здравоохранения, проведения исследований и в случаях, предусмотренных законом. Подробную информацию можно получить по адресу www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

При оказании помощи в решении вопросов общественного здравоохранения и безопасности

- Мы можем раскрывать медицинскую информацию о вас в определенных ситуациях:
 - Для предотвращения болезней
 - В случае отзыва продукции
 - Для передачи информации о нежелательных реакциях на лекарства
 - Для передачи информации о предполагаемом жестоком обращении, отсутствии заботы или насилии в семье
 - Для предотвращения или уменьшения серьезной угрозы здоровью или безопасности других лиц

При проведении исследований

- Мы можем использовать вашу медицинскую информацию для исследований. Прежде чем мы используем или раскроем вашу медицинскую информацию для целей исследования, связанного с возможностью идентифицировать вас, исследовательский проект будет подвергнут тщательному анализу и утверждению.

При соблюдении законодательства

- Мы обязаны раскрывать медицинскую информацию о вас в соответствии с требованиями федеральных законов или законов штата.

При реагировании на запросы о донорстве органов и тканей

- По закону мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию организациям трансплантационной координации.

При сотрудничестве с судебно-медицинским экспертом или управляющим похоронным бюро

- По закону в случае смерти человека мы можем сообщить медицинскую информацию следователю, ведущему дела о скоропостижной смерти, судебно-медицинскому эксперту или управляющему похоронным бюро.

При наличии запросов сотрудников правоохранительных и других государственных органов, а также организаций, занимающихся компенсацией ущерба работникам

- По закону мы можем использовать или раскрывать медицинскую информацию о вас:
 - В рамках программы компенсации ущерба работникам
 - В правоохранительных целях или по требованию сотрудника правоохранительных органов
 - По требованию органов, контролирующих систему здравоохранения
 - По требованию специальных государственных органов, таких как вооруженные силы, служба национальной безопасности и служба безопасности президента

При реагировании на судебные процессы и юридические действия

- Мы можем раскрыть вашу медицинскую информацию на основании постановления суда или административного распоряжения. В соответствии с определенными федеральными законами и законами штата Огайо некоторые запросы могут потребовать слушания и судебного постановления о раскрытии медицинской информации.

Для обмена медицинской информацией

- Мы можем принимать участие в одной или нескольких программах по обмену медицинской информацией и имеем право в целях лечения, оплаты расходов и предоставления медицинских услуг раскрывать вашу медицинскую информацию в электронном виде другим медицинским организациям, участвующим в программах по обмену информацией. Программы по обмену медицинской информацией позволяют всем медицинским организациям, оказывающим вам услуги, получать доступ к вашей медицинской информации с целью лечения, а также в других целях, разрешенных законом. Исходя из требований законодательства штата и в зависимости от программы по обмену медицинской информацией вас могут попросить дать свое согласие или вы можете выразить свое несогласие.

Наши обязанности

- Мы обязаны по закону обеспечить конфиденциальность и безопасность вашей медицинской информации.
- Мы обязуемся сообщать вам о случаях нарушения конфиденциальности или безопасности вашей медицинской информации.
- Мы должны выполнять свои обязательства и Политику конфиденциальности, изложенные в данном уведомлении, и предоставляем вам копию этого уведомления.
- Мы обязуемся не использовать и не раскрывать вашу медицинскую информацию без вашего письменного разрешения, за исключением случаев, описанных в данном документе. Даже при наличии такого разрешения вы можете в любой момент изменить свое решение. Если вы передумаете, сообщите нам в письменном виде.

Изменения условий данного уведомления

Мы можем изменять условия данного уведомления, и эти изменения будут применяться ко всей имеющейся у нас информации, касающейся вас. Новое уведомление можно получить по запросу, в нашем офисе и на нашем веб-сайте.

Прочие инструкции в отношении уведомления

- Дата вступления в силу: дата вступления в силу настоящего Уведомления — 1 декабря 2016 года.
- Уведомление распространяется на следующие учреждения:
 - Brain and Spine Hospital
 - Dodd Hall
 - Больница Harding при Университете штата Огайо
 - Talbot Hall
 - Больница University Hospital
 - Кардиологическая больница Richard M. Ross
 - Восточный корпус больницы университета
 - Онкологическая больница Джеймса и Исследовательский институт Солова
 - Сети первичного и специализированного медицинского обслуживания
 - Организация Ohio State University Physicians, Inc. в рамках соглашения об организованной медицинской помощи
 - Nisonger Center в рамках соглашения об организованной медицинской помощи
- Аффилированная организация, на которую распространяются положения уведомления: мы раскрываем медицинскую информацию нашему партнеру — центру Madison Health, если это необходимо в целях лечения, оплаты расходов или предоставления медицинских услуг. Являясь отдельной медицинской организацией, центр Madison Health сам несет ответственность за свою деятельность, включая соблюдение своей политики конфиденциальности и законов о конфиденциальности в отношении всех предоставляемых им медицинских услуг. Центр Madison Health ни в коем случае не оказывает медицинские услуги совместно или от имени нашей системы здравоохранения.
- Обновление списка наших организаций: время от времени мы можем добавлять в наш список организации и филиалы. Актуальный список организаций, на которые распространяется данное уведомление, можно найти на сайте <http://wexnermedical.osu.edu/privacy>.
- Система OSUMyChart: вы можете получить доступ к своей медицинской информации через OSUMyChart — онлайн-сервис, организованный Системой здравоохранения.
- Официальные организации по обеспечению конфиденциальности: если у вас есть вопросы о конфиденциальности, свяжитесь со следующими организациями:
 - Управление конфиденциальности Системы здравоохранения: (614) 293-4477
 - Управление конфиденциальности организации Ohio State University Physicians, Inc.: (614) 685-1530
 - Управление конфиденциальности Nisonger Center: (614) 688-8544

Сообщите, если считаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены

- Если вы считаете, что мы нарушили ваши права, вы можете связаться с нами. Претензии принимаются в письменной форме или по телефону в Отделе по работе с пациентами организации, в которой вы проходили лечение:

Больницы и клиники Университета:

410 W. 10th Avenue, Room 142 Doan Hall, Columbus, OH 43210 или (614) 293-8944

Онкологическая больница Артура Дж. Джеймса и Исследовательский институт Ричарда Дж. Солова:

460 W. 10th Avenue, Room A021, Columbus, OH 43210 или (614) 293-8609

Восточный корпус больницы университета штата Огайо:

181 Taylor Avenue, Room T-100, Columbus, OH 43205 или (614) 257-2310

Больница Harding при Университете штата Огайо:

1670 Upham Drive, Columbus, OH 43210 или (614) 688-8941

Ohio State University Physicians, Inc.:

Attention: Privacy Officer, 700 Ackerman, Suite 605, Columbus, OH 43202 or (614) 685-1530

- Вы можете подать жалобу в Управление по правам человека при Министерстве здравоохранения и социального обеспечения США, отправив письмо по адресу 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, позвонив по телефону 1-877-696-6775 или посетив сайт www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint.
- Мы обязуемся не принимать меры против вас за подачу жалобы.