

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

### **УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВИЛАХ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ Служба укрепления психического здоровья и реабилитации округа Кинг (King)**

*Дата вступления в силу: 1 января 2019 г.*

В данном уведомлении описывается, каким образом может быть использована и разглашена медицинская информация о вас, и как вы можете узнать об этом. В данном уведомлении также описывается, как может быть использована и разглашена информация о вашем злоупотреблении психоактивными веществами и как вы можете получить информацию об этом. **Пожалуйста, прочитайте внимательно.**

В Разделе 1 описываются ваши права; в Разделе 2 описывается то, как мы используем вашу медицинскую информацию и делимся ей; в Разделе 3 описываются правила использования и разглашения информации о злоупотреблении психоактивными веществами; в Разделе 4 описываются наши обязанности; в Разделе 5 дается дополнительная информация.

#### **Раздел 1: Ваши права**

**Когда дело касается вашей частной информации, вам следует помнить о ваших правах. В данном разделе объясняются ваши права и некоторые из наших обязанностей помогать вам.**

#### **Получение копии записей о состоянии вашего здоровья**

- Вы можете попросить показать вам или сделать для вас копию записей о состоянии вашего здоровья, которые имеются в нашей системе. Спросите нас о том, как это сделать.
- Мы предоставим вам копию или сводный обзор ваших медицинских записей обычно в течение 30 дней с момента вашего запроса. Возможно, вас попросят оплатить стоимость копий.

#### **Запрос об исправлении информации о состоянии вашего здоровья**

- Вы можете попросить нас исправить информацию о вашем здоровье, если вы считаете, что она не соответствует действительности или неполная. Спросите нас, как это сделать.
- Мы можем отказать вам в удовлетворении вашего запроса, но вы получите от нас письменное уведомление о причинах отказа в течение 60 дней.

#### **Запрос о конфиденциальном общении**

- Вы можете попросить нас связываться с вами определенным способом (например, по домашнему или рабочему телефону) или посылать корреспонденцию на другой адрес, отличный от места вашего проживания.
- Мы рассматриваем все обоснованные разумные просьбы и должны ответить положительно, если вы сообщите нам, что иначе вы будете в опасности.

#### **Запрос об ограничении информации, которую мы используем или разглашаем третьей стороне**

- Вы можете попросить нас не использовать или не делиться информацией о вашем здоровье, о лечении, которое вы получаете, оплате за данные услуги или о наших действиях. Мы не обязаны отвечать положительно на ваш запрос, и мы можем ответить «нет», если неразглашение информации может негативно сказаться на вашем лечении.
- Мы не можем разглашать информацию о вашем злоупотреблении психоактивными веществами в целях лечения или оплаты, без получения вашего письменного соглашения.

#### **Получение списка сторон, с которыми мы поделились вашей информацией**

- Вы можете запросить показать вам список лиц и организаций, с которыми мы делились вашей информацией, с указанием причин для этого, за 6 лет, предшествующих моменту вашего запроса.

- В отчет будет включена информация о сторонах, помимо деталей о лечении, оплате и других аспектах (о которых вы нас попросите). Отчет за один год предоставляется бесплатно, если в течение одного года вы попросите отчет за другой год, вас попросят оплатить разумную стоимость за распечатку файла.

#### **Получение копии данного уведомления о правилах конфиденциальности**

- Вы можете попросить печатную версию данного уведомления в любое время, даже если вы ранее согласились получать уведомление в электронном виде. Вы можете получить печатную копию вскоре после оформления запроса.

#### **Право выбрать человека, представляющего ваши интересы**

- Если вы назначили какого-либо человека быть вашим доверенным лицом в вопросах вашего здоровья или кто-либо является вашим законным опекуном, данный человек может пользоваться вашими правами и распоряжаться вашей медицинской информацией.
- Мы позаботимся о том, чтобы ваш представитель владел вашими правами в полной мере и мог действовать от вашего лица, прежде чем мы примем какие-либо действия.

#### **Право подать жалобу, если вы считаете, что ваши права были нарушены**

- Если вы считаете, что ваши права были нарушены, вы можете подать жалобу, связавшись с нами одним из способов, описанных на странице 3.
- Вы можете подать жалобу инспектору по вопросам конфиденциальности в Департаменте общественных и социальных услуг по округу Кинг (King County Department of Community and Human Services), пошлав письмо с заявлением на адрес 401 Fifth Avenue, Suite 400, Seattle, WA 98104 или в Отдел по защите гражданских прав Департамента здравоохранения и социального обеспечения США (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) пошлав письмо по адресу: 200 Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20201, или позвонив по тел.: 1-877-696-6775, а также на веб-сайте [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- Мы не будем применять ответные меры против вас, если вы подадите на нас жалобу.

### **Раздел 2: Способы использования и разглашения ваших медицинских записей**

#### **Как обычно мы используем или делимся информацией о состоянии вашего здоровья?**

##### **Помощь в управлении вашим лечением**

- Мы можем поделиться вашей медицинской информацией со специалистами, которые работают с вами, чтобы координировать ваше лечение или помочь с вашим жилищным распределением (если у вас нет своего жилища).

*Например: Поставщик медицинских услуг посылает нам информацию о вашем лечении, чтобы мы могли оформить для вас страховое покрытие и согласовать дополнительные услуги.*

##### **Управление нашей организацией**

- Мы можем использовать вашу информацию и разглашать ее, чтобы эффективно управлять нашей организацией и связаться с вами, когда это необходимо.

*Например: Мы используем медицинские записи о вас, чтобы составить более полное представление о вас и предоставить вам наилучшее обслуживание.*

##### **Оплата ваших услуг по лечению**

- Мы можем использовать вашу медицинскую информацию и разглашать ее, когда мы оплачиваем ваши медицинские услуги.

*Например: Мы делимся вашей информацией с Департаментом здравоохранения и социального обеспечения штата Вашингтон и административным органом по здравоохранению для оплаты услуг, которые вы получаете.*

**Как еще мы можем использовать вашу медицинскую информацию и делиться ей?** Нам разрешается и в некоторых случаях от нас требуется разглашать информацию о вас другими способами. Обычно это касается ситуаций, когда это способствует благу общества, как, например, здоровье населения и научные исследования. Однако мы должны удовлетворить различным юридическим условиям, прежде чем мы сможем поделиться вашей информацией в этих целях. Более подробную информацию вы можете узнать на нашем веб-сайте: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

#### **Помощь в решении проблем здоровья и безопасности населения**

Мы можем поделиться вашей медицинской информацией в некоторых ситуациях, например:

- Предотвращение распространения заболеваний.
- Отчет об отрицательных реакциях на лекарства.
- Отчет о предполагаемых злоупотреблениях, оскорблениях, унижении и домашнем насилии.
- Предотвращение или сокращение серьезной угрозы здоровью или безопасности других.

#### **Проведение исследований**

Мы можем использовать вашу информацию в целях медицинских исследований.

#### **Соблюдение закона**

Мы должны разгласить информацию о вас, если законы штата или государства требуют этого; также Департамент здравоохранения и соцобеспечения может проверить, соответствует ли наша практика федеральным законам о неприкосновенности частной информации.

#### **Ответ на запрос информации о наличии возможных доноров органов и тканей и работа с медицинскими экспертами и сотрудниками бюро ритуальных услуг**

- Мы можем разглашать информацию о вас организациям, занимающихся заготовкой, хранением и продажей органов.
- Мы можем делиться медицинской информацией с коронером или судебно-медицинским экспертом или представителем агентства похоронных услуг, в случае смерти пациента.

#### **Ответ на запросы государственных организаций, правоохранительных органов или касательно компенсации по нетрудоспособности**

Мы можем использовать или делиться информацией о вашем здоровье:

- В случае жалоб по пособию о недееспособности в результате производственной травмы.
- Для целей правоохранительных органов или в частной беседе с офицером полиции.
- С агентством санэпиднадзора для действий, одобренных законом.
- С правительственными спецслужбами, как, например, военные организации, служба национальной безопасности, служба по защите президента.

#### **Ответ на судебные разбирательства и законные действия**

Мы можем разглашать информацию о вашем здоровье в ответ на запрос по судебному или административному указанию или в случае повестки явиться в суде.

#### **Другие способы использования и разглашения вашей информации**

Разглашение вашей частной информации для записей по психотерапии, для маркетинговых целей и той информации, которая может быть продана как защищаемая медицинская информация, требует вашего письменного соглашения. Мы можем воспользоваться другими способами использования и разглашения вашей частной информации, не описанными в данном Уведомлении, только с вашего письменного разрешения.

### **Раздел 3: Использование и разглашение информации о злоупотреблениях психоактивными веществами**

Конфиденциальность информации о злоупотреблении психоактивными веществами защищена правилами, которые строже, чем правила для общей медицинской информации. Например, мы не

можем делиться вашей информацией о злоупотреблении в целях лечения или оплаты, без вашего письменного разрешения.

Федеральным законом требуется, чтобы мы разгласили вашу информацию о злоупотреблении без вашего письменного соглашения в следующих случаях:

- Медицинскому персоналу в экстренной ситуации.
- Соответствующим организациям, если замечено пренебрежение или издевательство над детьми.
- Чтобы заявить о предполагаемой криминальной активности.
- Для проведения исследований, аудита или аттестации.
- В случае судебного решения.
- В соответствии с соглашением с учреждением, предоставляющим необходимую услугу.

Мы можем воспользоваться вашей информацией о злоупотреблении другими способами, не описанными в данном Уведомлении, только с получения вашего письменного соглашения.

Нарушение федерального закона и правил является преступлением. Вы можете заявить административным органам о предполагаемых нарушениях в соответствии с федеральными нормативными актами.

#### **Раздел 4: Наши обязанности**

- Законом установлено, что наша сторона обязана сохранять неприкосновенность засекреченной информации о состоянии вашего здоровья.
- Мы сразу оповестим вас, как только возникнет угроза несанкционированного разглашения вашей личной информации.
- Мы обязуемся следовать требованиям и правилам конфиденциальности, описанных в данном Уведомлении, и выдаем копию вам.
- Мы обязуемся не использовать и не разглашать вашу частную информацию, за исключением способов, описанных в данном Уведомлении; помимо случаев, когда вы даете на это письменное разрешение. Если вы даете нам свое разрешение на это, вы можете изменить свое решение в любой момент. Пожалуйста, сообщите нам об изменении своего решения в письменном виде.

#### **Изменения условий данного уведомления**

Мы можем изменить условия данного уведомления, и изменения отразятся на всей информации, которой мы располагаем. Новое уведомление будет доступно по запросу и на нашем веб-сайте, вы также получите печатную копию по почте. Более подробную информацию можно найти на веб-сайте: <https://www.kingcounty.gov/depts/community-human-services/mental-health-substance-abuse.aspx>.

## Раздел 5: Дополнительная информация

Вы можете получить дополнительную информацию на сайте:

- [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).
- Федеральные законы 42 U.S.C. 290dd-3 и 42 U.S.C. 290ee-3, Федеральные нормы 42 CFR часть 2.

**King County Department of Community and Human Services**  
**(Департамент общественных и социальных услуг округа Кинг)**  
**Behavioral Health and Recovery Division**  
**(Служба укрепления психического здоровья и реабилитации)**  
**Инспектор по вопросам конфиденциальности (206)-263-9000**  
**401 Fifth Avenue Suite 400, Seattle, WA 98104**