

Конфиденциальность Пациента- Russian

ОРЕГОН КЛИНИКА, Р.С.

Административный Офис 541 NE 20th Ave. Ste. 225 Portland, Oregon 97232

Oregonclinic.com

Контактный Адрес Электронной Почты по Вопросам Конфиденциальности:

compliance@orclinic.com

В ЭТОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСЫВАЕТСЯ, КАК МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА И РАСКРЫТА МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ, И КАК ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ДОСТУП К ЭТОЙ ИНФОРМАЦИИ. ПОЖАЛУЙСТА, ВНИМАТЕЛЬНО ИЗУЧИТЕ ЭТО.

Если у вас есть вопросы по поводу этого уведомления, свяжитесь с нашим Специалистом по Соблюдению Нормативных Требований по номеру 503-935-8000, по электронной почте compliance@orclinic.com, или по почте по адресу указанному выше.

Настоящая Политика Обновлена и Вступает в Силу с: 12 Июля, 2021.

Кто Будет Следовать Этому Уведомлению

В этом уведомлении описывается наша политика конфиденциальности, которой придерживаются поставщики и сотрудники Орегон Клиники.

Ваша Защищённая Медицинская Информация

Это уведомление относится к имеющейся у нас информации и записям о вашем состоянии здоровья и медицинских услугах, которые вы получаете в нашем офисе. Ваша медицинская карта может включать информацию, созданную и полученную нашим офисом; она может быть в форме письменных или электронных записей или устных слов. Ваши записи могут включать информацию об истории и состоянии вашего здоровья, симптомах, обследованиях, заказанных тестах, результатах тестов, лечении, процедурах, диагнозах, лекарствах, связанных действиях по выставлению счетов и аналогичную информацию, связанную со здоровьем.

По закону мы обязаны сохранять конфиденциальность защищённой медицинской информации, направлять вам это уведомление и уведомлять затронутых лиц в случае нарушения незащищённой медицинской информации. В нём объясняется, как мы можем использовать и раскрывать защищённую информацию о вашем здоровье, а также описываются ваши права и наши обязанности в отношении использования и раскрытия этой информации.

Как Мы Можем Использовать и Раскрывать Защищённую Информацию

Информация о Вашем Здравье

Мы можем использовать и раскрывать защищённую медицинскую информацию в следующих целях:

Для Лечения: Мы можем использовать защищённую медицинскую информацию о вас, чтобы предоставлять вам лечение или услуги. Мы можем раскрывать защищённую медицинскую информацию о вас врачам, медсестрам, техническим специалистам, фармацевтам, офисному персоналу или другому персоналу, который занимается заботой о вас и о вашем здоровье.

Например, ваш врач может лечить вас от сердечного заболевания, и ему нужно знать, есть ли у вас другие проблемы со здоровьем, которые могут осложнить ваше лечение. Врач может просмотреть вашу историю болезни, чтобы решить, какое лечение вам больше всего подходит. Врач также может рассказать другому врачу о вашем состоянии, чтобы определить наиболее подходящий вариант лечения.

Персонал в нашем офисе может раскрывать информацию о вас людям, которые не работают в нашем офисе, чтобы координировать ваше лечение, например, звонить по телефону в вашу аптеку, составлять график лабораторных работ и заказывать рентгеновские снимки. Члены семьи и другие поставщики медицинских услуг могут быть частью вашего медицинского обслуживания за пределами этого офиса и могут потребовать информацию о вас.

Для Оплаты: Мы можем использовать и раскрывать защищённую медицинскую информацию о вас, чтобы за лечение и услуги, которые вы получаете от нас, могли выставляться счета, а оплата производилась от вас, страховой компании или третьей стороны.

Например, нам может потребоваться сообщить вашему плану медицинского страхования о предлагаемом лечении, чтобы получить предварительное одобрение или определить, будет ли ваш план оплачивать лечение.

Для Операций в Сфере Здравоохранения: Мы можем использовать и раскрывать защищённую информацию о вашем здоровье, чтобы гарантировать, что вы и другие наши пациенты получите качественную помощь.

Например, мы можем использовать вашу защищённую медицинскую информацию для оценки работы наших сотрудников по уходу за вами. Мы также можем использовать защищённую медицинскую информацию обо всех или некоторых из наших пациентов, чтобы помочь нам решить, какие дополнительные услуги следует предлагать, как мы можем стать более эффективными или эффективны ли определённые новые методы лечения или лекарства.

Мы также можем раскрывать вашу защищённую медицинскую информацию планам медицинского страхования, которые предоставляют вам страховое покрытие, и другим поставщикам медицинских услуг, которые заботятся о вас. Раскрытие вашей защищённой медицинской информации вашему плану медицинского страхования и другим поставщикам услуг может быть использовано для улучшения обслуживания, снижения затрат, координации услуг и соблюдения закона.

Альтернативы Лечения: Мы можем рассказать вам или порекомендовать возможные варианты лечения или альтернативы, которые могут быть вам доступны.

Товары и Услуги, Связанные Со Здоровьем: Мы можем рассказать вам о продуктах или услугах, связанных со здоровьем, которые могут вас заинтересовать. Сообщите нам, если вы не хотите, чтобы с вами связывались для напоминаний о приёме или если вы не хотите получать сообщения об альтернативах лечения или продуктах и услугах, связанных со здоровьем. Отправьте письменный запрос Сотруднику Отдела Нормативно-Правового Соответствия по адресу, указанному в этом уведомлении.

Другое Использование и Раскрытие Информации

Мы можем делиться вашей информацией иными способами, обычно в целях общественного здравоохранения или научных исследований или для общественного блага. Для получения дополнительной информации о разрешённом использовании и раскрытии информации см .:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Например, мы можем использовать или раскрывать защищённую медицинскую информацию о вас для следующих целей с учётом всех применимых юридических требований и ограничений:

- **Чтобы Предотвратить Серьёзную Угрозу Здоровью или Безопасности:** Мы можем использовать и раскрывать защищённую медицинскую информацию о вас, когда это необходимо, чтобы предотвратить серьёзную угрозу вашему здоровью и безопасности или здоровью и безопасности населения или другого лица.
- **Требуется Законом:** Мы будем раскрывать защищённую медицинскую информацию о вас, когда это требуется федеральным, государственным или местным законодательством.
- **Исследование:** Мы можем использовать и раскрывать защищённую медицинскую информацию о вас для некоторых видов медицинских исследований, которые не требуют вашего разрешения, например, если институциональный наблюдательный совет (IRB) отклонил требование письменного разрешения. Во всех остальных случаях мы будем запрашивать ваше разрешение, если исследователь будет иметь доступ к вашему имени, адресу или информации, которая идентифицирует вас, или если исследователь будет участвовать в вашем лечении в нашем офисе.
- **Донорство Органов и Тканей:** Мы можем передавать вашу защищённую медицинскую информацию организациям, которые занимаются закупкой органов, трансплантацией глаз или тканей, или банком донорства органов, если это необходимо для облегчения санкционированного донорства от вас или трансплантации для вас.
- **Военные, Ветераны, Национальная Безопасность и Разведка:** Если вы состоите или входили в состав вооруженных сил или входили в состав сообществ национальной безопасности или разведки, мы можем использовать и раскрывать вашу защищённую медицинскую информацию в соответствии с требованиями военного командования или других государственных органов. Мы также можем предоставить информацию об иностранных военнослужащих соответствующему иностранному военному ведомству.
- **Компенсация Рабочим:** Мы можем использовать и раскрывать вашу защищённую медицинскую информацию для исков о компенсации работникам или для аналогичных программ. Эти программы предоставляют пособия в случае производственных травм или болезней.
- **Риски для Общественного Здравоохранения:** Мы можем использовать и раскрывать вашу защищённую медицинскую информацию по причинам общественного здравоохранения, чтобы предотвратить или контролировать болезни, травмы или инвалидность; сообщать о рождении и смерти; сообщать о

предполагаемом жестоком обращении или пренебрежении, либо о неслучайных телесных повреждениях; чтобы сообщить о реакции на лекарства или проблемах с продуктами.

- **Мероприятия по Надзору за Здоровьем:** Мы можем использовать и раскрывать вашу защищённую медицинскую информацию органу надзора за здравоохранением для аудитов, расследований, инспекций или лицензирования. Такое раскрытие информации может быть необходимо некоторым государственным и федеральным агентствам для мониторинга системы здравоохранения, государственных программ и соблюдения законов о гражданских правах.
- **Судебные Иски и Споры:** Если вы участвуете в судебном процессе или споре, мы можем раскрыть защищённую информацию о вашем здоровье в ответ на судебное или административное постановление. В соответствии со всеми применимыми юридическими требованиями мы также можем раскрыть защищённую медицинскую информацию о вас в ответ на повестку в суд.
- **Правоохранительные Органы:** Мы можем раскрыть защищённую медицинскую информацию, если об этом попросит сотрудник правоохранительных органов в ответ на постановление суда, повестку в суд, ордер, вызов или аналогичный процесс с соблюдением всех применимых правовых требований.
- **Коронеры, Судмедэксперты и Похоронные Бюро:** Мы можем предоставить защищённую медицинскую информацию коронеру или судмедэксперту. Это может быть необходимо, например, для идентификации умершего человека или определения причины смерти.
- **Информация, Не Позволяющая Установить Личность:** Мы можем использовать или раскрывать защищённую медицинскую информацию о вас таким образом, чтобы не идентифицировать вас лично или не раскрывать вашу личность.
- **Ваш Выбор:** Чтобы получить определённую медицинскую информацию, вы можете сообщить нам, чем вы хотите поделиться. Если у вас есть чёткие предпочтения относительно того, как мы делимся вашей информацией в описанных ниже ситуациях, свяжитесь с нашим Специалистом по Соблюдению Нормативных Требований, и мы приложим разумные усилия, чтобы следовать вашим инструкциям.

Например, у вас есть право и выбор сообщить нам, следует ли: предоставлять информацию, такую как ваша РНІ, общее состояние или местонахождение, вашей

семье, близким друзьям или другим лицам, участвующим в вашем лечении; Предоставлять информацию в случае стихийного бедствия, например, в организацию по оказанию помощи, чтобы помочь найти или уведомить вашу семью, близких друзей или других лиц, оказывающих вам помощь; и исключить вашу информацию, такую как ваше имя, номер комнаты или общее состояние, из справочника больницы.

- **Семья и Друзья:** Мы можем раскрыть защищенную медицинскую информацию о вас членам вашей семьи или друзьям, если мы получим ваше устное согласие на это или если мы дадим вам возможность возразить против такого раскрытия, и вы не будете возражать. Мы также можем раскрыть защищенную медицинскую информацию вашей семье или друзьям, если мы можем сделать вывод из обстоятельств, основанных на нашем профессиональном суждении, что вы не будете возражать. Например, мы можем предположить, что вы соглашаетесь с тем, что мы раскрываем вашу защищенную медицинскую информацию вашему супругу, когда вы приводите супруга с вами в комнату для осмотра во время лечения или во время обсуждения лечения.

В ситуациях, когда вы не можете дать согласие из-за вашего отсутствия или из-за вашей недееспособности или неотложной медицинской помощи, мы можем использовать свое профессиональное суждение и решить, что раскрытие информации члену вашей семьи или другу отвечает вашим интересам. В таких ситуациях мы будем раскрывать только защищенную медицинскую информацию, имеющую отношение к участию человека в вашем лечении. Например, мы можем сообщить человеку, который сопровождал вас в больницу, что вы перенесли инсульт, и предоставить обновленную информацию о вашем прогрессе и прогнозе. Мы также можем использовать свое профессиональное суждение, чтобы порекомендовать, что в ваших интересах разрешить другому лицу действовать от вашего имени, отвезти вас на прием, забрать рецепты и / или медицинские принадлежности или рентгеновские снимки.

- **Другое Использование и Раскрытие Защищенной Медицинской Информации:** Мы не будем использовать или раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию для каких-либо целей, кроме указанных в предыдущих разделах, без вашего письменного разрешения. Мы не будем использовать или раскрывать вашу защищенную медицинскую информацию без вашего разрешения в отношении: (i) использования и раскрытия информации в маркетинговых целях (Клиника Орегон (ТОС) может время от времени отправлять информационный бюллетень на адрес электронной почты, связанный с вашим Такой информационный бюллетень предназначен для содействия образовательным целям нашей деятельности в области

здравоохранения и для информирования вас о продуктах и услугах, предоставляемых ТООС. Вы можете отказаться от получения этого информационного бюллетеня в любое время, следуя инструкциям по отказу от подписки в информационном бюллетене или обновив настройки вашего аккаунта); (ii) использование и раскрытие информации, представляющее собой продажу защищенной медицинской информации; (iii) большинство случаев использования и раскрытия психотерапевтических заметок; и (iv) другое использование и раскрытие информации, не описанное в этом уведомлении. Если вы дадите нам разрешение на использование или раскрытие защищенной медицинской информации о вас, вы можете отозвать это разрешение в любое время. Это должно быть сделано в письменной форме и отправлено сотруднику по соблюдению нормативных требований по адресу, указанному в этом уведомлении. Если вы отзовете своё разрешение, мы больше не будем использовать или раскрывать информацию о вас по причинам, указанным в вашем письменном разрешении, но мы не можем отозвать какие-либо виды использования или раскрытия информации, уже сделанные с вашего разрешения.

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

Ваши Права в Отношении Защищенной Медицинской Информации о Вас

У вас есть следующие права в отношении защищенной информации о вашем здоровье, которую мы храним о вас:

- **Право на Проверку и Копирование:** Вы имеете право проверять и получать копию вашей защищенной медицинской информации, такой как медицинские записи и счета, которые мы храним и используем для принятия решений о вашем лечении. Копии вашей защищенной медицинской информации могут быть получены в электронном или бумажном формате в зависимости от вашего запроса, если ее можно легко воспроизвести в такой форме и формате. В противном случае копии будут предоставлены в альтернативной читаемой бумажной или электронной копии по согласованию между нами и вами. Вы должны подать письменный запрос в свою клинику, чтобы проверить или получить копию вашей защищенной медицинской информации. Если вы запросите копию информации, мы можем взимать плату за расходы на копирование, пересылку по почте или другие сопутствующие материалы. Мы

можем отклонить ваш запрос на проверку и / или копирование записей при определенных ограниченных обстоятельствах. Если вам отказано в копиях или доступе к защищенной медицинской информации, которую мы храним о вас, вы можете попросить пересмотреть наш отказ. Если закон дает вам право на пересмотр нашего отказа, мы выберем лицензированного специалиста в области здравоохранения для рассмотрения вашего запроса и нашего отказа. Лицо, проводящее проверку, не будет тем лицом, которое отклонило ваш запрос, и мы будем соблюдать результаты проверки.

- **Право на Внесение Поправок:** Если вы считаете, что защищённая медицинская информация о вас неверна или неполна, вы можете попросить нас изменить эту информацию. Вы имеете право запросить поправку, пока этот офис хранит информацию.

Мы можем отклонить ваш запрос о внесении поправки, если ваш запрос не оформлен в письменной форме или не включает причину поддержки запроса. Кроме того, мы можем отклонить ваш запрос, если вы попросите нас изменить информацию, которую: Мы не создавали (за исключением случаев, когда физическое или юридическое лицо, создавшее информацию, больше не доступно для внесения поправки); Не является частью защищенной информации о здоровье, которую мы храним; Вам не разрешат проверять и копировать.

Чтобы запросить поправку, вы можете заполнить и отправить [Форму Прав Пациента](#), Раздел 2, доступен [здесь](#) на нашей страничке.

- **Право на Учёт Раскрытия Информации:** Вы имеете право запросить «отчёт о раскрытии информации». Это список раскрытия нами медицинской информации о вас для целей, отличных от лечения, оплаты, медицинских операций и ограниченного числа особых обстоятельств, связанных с национальной безопасностью, исправительными учреждениями и правоохранительными органами. Этот список также не будет включать любую информацию, раскрытую нами на основании вашего письменного разрешения.

Чтобы получить этот список, вы должны отправить письменный запрос сотруднику отдела нормативно-правового соответствия по адресу, указанному в этом уведомлении. В нем должен быть указан период времени, который не может превышать шести лет и не может включать даты до 14 апреля 2003 г. В вашем запросе следует указать, в какой форме вы хотите получить список (например, на бумаге или в электронном виде). Первый список, который вы запросите в течение 12-месячного периода, будет бесплатным. Для дополнительных списков в течение 12-месячного периода мы можем взимать с вас плату за предоставление списка. Мы уведомим вас о связанных расходах, и в

это время вы можете отозвать или изменить свой запрос до того, как будут понесены какие-либо расходы.

Чтобы запросить отчёт, вы можете заполнить и отправить [Форму Прав Пациента](#), Раздел 3, доступен [здесь](#) на нашей страничке.

- **Право Требовать Ограничения:** У вас есть право запросить ограничение или ограничение в отношении защищённой медицинской информации, которую мы используем или раскрываем о вас для лечения, оплаты или медицинских операций. Вы также имеете право запросить ограничение на защищаемую медицинскую информацию, которую мы раскрываем о вас кому-либо, кто участвует в вашем лечении или его оплате, например члену семьи или другу. Например, вы можете попросить нас не использовать и не раскрывать информацию о перенесённой вами операции. У вас также есть право ограничить раскрытие защищённой медицинской информации планом медицинского страхования, в котором вы полностью оплатили услуги из своего кармана.

Мы не обязаны соглашаться на ваш запрос. Если мы согласимся, мы выполним ваш запрос, за исключением случаев, когда информация необходима для оказания вам неотложной помощи или мы обязаны по закону использовать или раскрывать эту информацию.

Чтобы запросить ограничения, вы можете заполнить и отправить [Форму Прав Пациента](#), Раздел 1, доступен [здесь](#) на нашей страничке.

- **Право Запросить Конфиденциальности Коммуникацию:** Вы имеете право потребовать, чтобы мы общались с вами по медицинским вопросам определённым образом или в определённом месте. Например, вы можете попросить, чтобы мы связывались с вами только на работе или по почте. Чтобы запросить конфиденциальную связь, вы можете заполнить и отправить форму о правах пациента, раздел 1 (или отправить свой письменный запрос сотруднику отдела нормативно-правового соответствия по адресу, указанному в этом уведомлении). Мы не будем спрашивать вас о причине вашего запроса. Мы выполним все разумные запросы. В вашем запросе необходимо указать, как и где вы хотите, чтобы с вами связались.
- **Право на Получение Бумажной Копии Этого Уведомления:** Вы имеете право получить бумажную копию этого уведомления. Вы можете попросить нас предоставить вам бумажную копию нашего Уведомления о правилах соблюдения конфиденциальности в любое время. Даже если вы согласились

получать его в электронном виде, вы все равно имеете право на получение бумажной копии.

Чтобы получить такую копию, обратитесь в свой медицинский офис или к Специалисту по Соблюдению Нормативных требований по телефону или адресу, указанному в этом уведомлении.

- **Жалобы:** Если вы считаете, что ваши права на конфиденциальность были нарушены, вы имеете право подать жалобу в наш офис или секретарю Министерства здравоохранения и социальных служб. Чтобы подать жалобу в наш офис, свяжитесь с нашим Специалистом по Соблюдению Нормативных Требований или позвоните по телефону 1-866-915-0545. Вы не будете подвергаться наказанию или преследованию за подачу жалобы.

Изменения в этом Уведомлении: Мы оставляем за собой право изменить это уведомление и сделать исправленное или изменённое уведомление действующим в отношении медицинской информации, которую мы уже имеем о вас, а также любой информации, которую мы получим в будущем. Мы опубликуем текущую версию в офисе, указав дату вступления в силу в правом верхнем углу первой страницы. Актуальную версию мы также разместим на нашем сайте. Вы имеете право получить копию действующего уведомления.

503-935-8000

- Facebook
- Twitter
- YouTube
- LinkedIn
- Instagram