

# СОБЛЮДЕНИЕ ТАЙНЫ ЛИЧНОЙ ЖИЗНИ

## НИЖЕ ОПИСАН ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И РАЗГЛАШЕНИЯ ВАШИХ МЕДИЦИНСКИХ ДАННЫХ И ПОРЯДОК ВАШЕГО ДОСТУПА К ЭТИМ ДАННЫМ. ПРОСИМ ВАС ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ЭТИМ ДОКУМЕНТОМ.

Мы, (название практики / медицинского учреждения), уважаем Вашу личную жизнь. Мы понимаем, что Ваши медицинские сведения являются строго конфиденциальными. Мы обязуемся не разглашать их кому бы то ни было, кроме тех случаев, когда Вы сами попросите нас об этом, или когда это разрешено или требуется законодательством.

Закон защищает тайну медицинской информации, подготавливаемой и получаемой нами в ходе оказания Вам медицинских услуг. Например, к охраняемым медицинским данным о Вас как о пациенте относятся Ваши симптомы, результаты анализов, диагнозы, методы лечения, медицинские сведения от других специалистов и учреждений, а также финансовая информация, связанная с оплатой этих услуг. Федеральные и штатные законы позволяют нам использовать и разглашать Ваши медицинские сведения в целях проведения курсов лечения и обеспечения работы учреждений здравоохранения. Закон штата обязывает нас получить от Вас разрешение на разглашение этих сведений в целях оплаты за услуги.

**Примеры использования и разглашения охраняемых медицинских данных в целях лечения, оплаты услуг и обеспечения успешной работы органов здравоохранения.**

### *Лечение:*

- Сведения, полученные медсестрой, врачом или другим нашим медицинским работником, заносятся в Вашу медицинскую историю и используются для принятия решения о том, какие виды медицинского обслуживания Вам необходимы.
- Мы также можем предоставлять информацию другим специалистам, оказывающим Вам медицинские услуги. Это будет держать их в курсе Вашего лечения.

### *Оплата:*

- Мы запрашиваем оплату у Вашего медицинского страховщика. Страховые компании требуют от нас информацию о Вашем медицинском обслуживании. Информация, предоставляемая медицинским страховым компаниям, может включать сведения о Ваших диагнозах, проведенных процедурах, или о рекомендованном медицинском обслуживании.

### *Работа органов здравоохранения:*

- Мы используем Ваши медицинские сведения для того, чтобы анализировать и улучшать качество оказываемых услуг.
- Мы можем использовать и разглашать медицинские сведения в целях проверки квалификации и качества работы наших медицинских специалистов и при обучении нашего персонала.
- Мы можем связываться с Вами, чтобы напомнить о приеме и предоставить Вам информацию об альтернативных методах лечения или других льготах и услугах медицинского характера.
- Мы можем связаться с Вами для того, чтобы предложить Вам принять участие в сборе средств.
- Мы можем использовать и разглашать Ваши медицинские сведения для проведения и организации различных услуг, включая:
  - Контроль качества медицинского обслуживания со стороны Вашего страховщика;
  - Услуги по снижению риска, а также бухгалтерские, юридические и страховые услуги;
  - Проведение проверок, в том числе для выявления случаев мошенничества и других нарушений, и для проведения программ соответствия стандартам.

## **Ваши права в отношении медицинских сведений**

Медицинские данные и платежные сведения, составляемые и хранимые у нас, являются собственностью практики / медицинского учреждения. Однако содержащиеся в них охраняемые медицинские сведения обычно являются Вашей собственностью. Вы имеете следующие права:

- Получить данное уведомление, ознакомиться с ним и задавать касающиеся его вопросы;
- Потребовать от нас ограничить использование и разглашение определенных сведений. Вы обязаны подать такую просьбу письменно. Мы не обязаны выполнять такую просьбу, однако обязуемся выполнять все Ваши просьбы, которые согласимся выполнить;
- Запрашивать и получать от нас печатную копию последней редакции уведомления о соблюдении тайны личной жизни в отношении охраняемых медицинских сведений (в дальнейшем - «Уведомление»);
- Просить доступа к Вашим охраняемым медицинским сведениям и разрешения на получение их копии. Этот запрос вы можете делать в письменной форме. У нас имеется специальная форма такого запроса.
- Просить нас о пересмотре отказа в допуске к Вашим медицинским сведениям—за исключением отдельных случаев;
- Просить нас о внесении изменений в Ваши медицинские сведения. Вы можете послать этот запрос в письменном виде. Вы можете написать заявление о своем несогласии, если в Вашем запросе будет отказано. Оно будет храниться в Вашем медицинском деле и прилагаться ко всем разглашаемым медицинским сведениям о Вас.
- При получении запроса мы предоставим Вам перечень случаев разглашения Ваших медицинских сведений. В этот перечень не будут входить разглашения, направленные третьим сторонам-плательщикам. Вы можете получать такую информацию бесплатно каждые 12 месяцев. Если вы будете запрашивать эту информацию чаще, чем каждые 12 месяцев, мы уведомим Вас о ее стоимости.
- Просить о том, чтобы Ваши медицинские сведения предоставлялись иным способом или в другом месте. Укажите на письменном запросе дату и поставьте свою подпись.
- Аннулировать предыдущие разрешения на использование или разглашение медицинских сведений путем подачи письменного заявления об аннулировании. Ваше заявление об аннулировании не влияет на информацию, которая уже была разглашена. Оно также не влияет ни на какие действия, предпринятые до того, как мы получили его. Иногда вы не имеете возможности аннулировать разрешение, если его целью было получение страховки.

Если Вам нужна помощь с разъяснением этих прав, вы можете связаться с нами в рабочие часы:

*[Фамилия или должность ответственного сотрудника]*

*[Номер телефона или адрес]*

## **Наши обязанности**

Мы обязаны:

- Соблюдать конфиденциальность Ваших медицинских сведений;
- Направлять Вам данное уведомление;
- Соблюдать положения этого уведомления.

Мы имеем право изменять порядок работы с охраняемыми медицинскими данными, имеющимися у нас на учете. В случае таких изменений мы обновим форму этого уведомления. Вы можете получить свежий

экземпляр этого уведомления, позвонив и попросив его, или обратившись непосредственно в наш (офис / регистратуру).

### **Обращение за помощью или подача жалоб**

Если у Вас имеются вопросы, если Вам нужна дополнительная информация или если Вы хотите сообщить о каких-либо проблемах в обращении с Вашими охраняемыми медицинскими данными, Вы можете связаться с:

*[Фамилия или должность контактного лица]  
[номер телефона].*

Если Вы считаете, что Ваши права по охране личной жизни были нарушены, Вы можете высказать свои замечания любому нашему сотруднику. Вы можете также подать письменную жалобу в адрес [фамилия или должность] в нашей практике /медицинском учреждении. Вы также можете подать жалобу на имя министра здравоохранения США (секретаря Департамента США по вопросам здравоохранения и социальных служб).

Мы уважаем Ваше право подавать жалобу нам или на имя секретаря Департамента США по вопросам здравоохранения и социальных служб. В случае подачи Вами жалобы мы не будем принимать ответных мер, чтобы отомстить Вам.

### **Другие случаи разглашения и использования охраняемых медицинских данных**

#### **Уведомление членов семьи и других лиц**

- За исключением случаев Вашего несогласия, мы имеем право разглашать медицинские сведения о Вас Вашим друзьям или членам семьи, которые принимают участие в Вашем лечении. Мы также можем предоставлять информацию тем, кто помогает оплачивать Ваши медицинские расходы. Мы имеем право сообщить членам Вашей семьи или друзьям о Вашем состоянии и о том, что Вы находитесь в больнице. Кроме того, мы имеем право разглашать медицинские сведения о Вас для оказания помощи при спасательных работах в случаях стихийных бедствий или катастроф.
- Сведения о [больница] могут предоставляться лицам, которые наводят справки, конкретно называя Ваше имя и фамилию. Мы можем использовать и разглашать следующие данные из регистрационного журнала больницы:
  - Ваше имя и фамилия,
  - Местонахождение,
  - Общее состояние, и
  - Религия (только для священнослужителей).

Вы имеете право возразить против такого использования или разглашения Ваших данных. Если Вы возражаете, мы не будем использовать или разглашать их.

**Мы можем использовать и разглашать Ваши охраняемые медицинские данные без Вашего разрешения при следующих обстоятельствах:**

- **Научным сотрудникам** — если медицинские исследования были утверждены и в их правилах предусмотрена охрана конфиденциальности Ваших медицинских данных. Мы также можем предоставлять информацию тем научным медицинским сотрудникам, которые подготавливают материалы для проведения исследования.
- **Похоронным службам/коронерам** согласно требованиям соответствующих законов для выполнения ими своих обязанностей.
- **Организациям, занимающимся изысканием органов (донорство и трансплантация)** или лицам, занимающимся получением, хранением и трансплантацией органов.
- **Администрации по продовольствию и лекарственным препаратам — Food and Drug Administration (FDA)** по вопросам, связанным с продуктами питания, пищевыми добавками и прочей подобной продукцией.

- **В целях выполнения законов о пособиях по нетрудоспособности** – если Вы подаете заявление на такие пособия.
- **В целях обеспечения общественного здоровья и безопасности** – в рамках, разрешенных или требуемых законодательством:
  - Для предотвращения или уменьшения серьезной непосредственной угрозы здоровью или безопасности отдельных лиц или общества в целом.
  - Государственным органам здравоохранения или правоохранительным органам,
    - Для охраны общественного здоровья и безопасности;
    - Для предотвращения или контроля заболеваний, травм или инвалидности;
    - Для сообщения актов гражданского состояния (рождение, смерть и т.д.).
- **Для того, чтобы доложить о предполагаемом насилии или небрежности** государственным органам.
- **Исправительным учреждениям**, если Вы содержитесь под стражей или находитесь в тюрьме, в целях обеспечения Вашего здоровья, а также здоровья и безопасности окружающих Вас лиц.
- **Для правоохранительных целей** — например, если нами получены повестка, судебный приказ или другое судебное предписание, или если Вы стали жертвой преступления.
- **Для надзора за здравоохранением и безопасностью.** Например, мы можем сообщать медицинские данные в Министерство здравоохранения.
- **Для оказания помощи при стихийных бедствиях.** Например, мы можем сообщать медицинские данные органам по оказанию помощи при стихийных бедствиях, для оповещения членов семьи или других лиц о Вашем состоянии.
- **В случае возможного ухудшения здоровья, связанного с работой.** Например, к нам может обратиться работодатель с просьбой оценить риск для здоровья его работников на том или ином объекте.
- **Военным ведомствам США, действующим на территории и за пределами американской территории.** Например, закон может требовать от нас предоставить сведения, необходимые для выполнения военных задач.
- **В ходе судебных/административных разбирательств** по Вашей просьбе или согласно требованиям повестки или судебного приказа.
- **Для особых государственных целей.** Например, мы можем разглашать информацию в целях обеспечения национальной безопасности.

#### **Другие случаи использования и разглашения охраняемых медицинских данных**

- Случаи использования или разглашения данных, не указанные в этом уведомлении, могут иметь место только тогда, когда это разрешено или требуется по закону, либо по Вашему письменному разрешению.

#### **Веб-сайт**

- В интернете имеется веб-сайт, на котором подробно рассказывается о нас. Для Вашего удобства, мы поместили данное уведомление по следующему адресу: [вставить адрес на этом месте].

**Дата вступления в силу:** [указать дату вступления данного уведомления в силу]